

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, Paris, 4, rue du_Bouloi.

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. COUGUENHEIM,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Avec la collaboration de

MM. les D^{rs} AYSAGUER, H. CHATELLIER, GELLÉ, MÉNIÈRE, LÆWENBERG (de Paris),
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, A. JOLY (de Lyon), VACHER (d'Orléans),
LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des Hôpitaux de Lyon, DUGARDIN (du
Havre), COUETOUX (Nantes), HAMON DU FOUGERAY (le Mans),
SÉNAC-LAGRANGE (de Caunterets), AIGRE (Boulogne-sur Mer),
F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), LICHTWITZ et GARNALT (Bordeaux),
DELSTANCHE et CAPART (de Bruxelles), SCHIFFERS (de Liège),
E. WOAKES et MORELL-MACKENZIE (de Londres), T. HERYNG (de Varsovie),
POLITZER, SCHRÖTTER et CHIARI (de Vienne), LABUS (de Milan),
SOLIS-COHEN (de Philadelphie), CL. BLAKE et F. HOOPER (de Boston), ZAUFAL (Prague),
COZZOLINO (de Naples), LANGE (de Copenhague), P. KOCH (de Luxembourg et Nancy).
LUBLINSKI (de Berlin), OUSPENSKI (de Moscou), LENNOX BROWNE (de Londres),
JACOBSON (de Berlin), BRYSON DELAVAN (de New York), KRAKAUER (de Berlin),
RANDALL et SAJOUS (Philadelphie), H. STÖSSSEL (de Vienne). E. BERGER (Graz),
G. GRADENIGO (Turin), A.-J. BEERAG (Sidney), STRAZZA (Gênes), FENOGGIO (Cagliari).
D'AGUANNO (Palerme), LAURENT (de Bruxelles), C. M. DESVERNINE (La Havane).

Et avec le concours de

MM. les Professeurs VERNEUIL, DUPLAY, TILLAX, D^r de SAINT-GERMAIN,
TERRIER, BERGER, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HORTÉLOUP, HUMBERT, RICHELOT,
TERRILLON, RECLUS, chirurgiens des hôpitaux de Paris,
Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, D^r C. PAUL, DUJARDIN-BEAUMETZ,
OLLIVIER, J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE,
HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER,
BARTH, LETULLE, CHAUFFARD et NETTER, médecins des hôpitaux de Paris,
J. TEISSIER, prof^r à la Faculté de Lyon, COÛNE et MASSE, prof^r à la Faculté de Bordeaux,
D^r LEVAL, HIRSCHMANN, M. LERMOYER, R. LEUDET, PLICQUE et J.-B. MARTY,
P. TISSIER et GLOVER, ex-internes des hôpitaux de Paris,
ROQUES DE FURSAC, REBLAUB, GASTOU, LE NOIR, CUVILLIER
et M^{lle} M. WILBOUSCHEWITCH, internes des hôpitaux de Paris.

TOME XVI — 1890.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET C^{ie}

1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

Annonces VIELLARD D'ORGEVILLE, 21 bis, boulevard de Port-Royal.

1890

REVISED

DEPARTMENT OF THE ARMY

OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL

WASHINGTON, D. C.

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

L'ÉCLAIRAGE ÉLECTRIQUE DE L'ANTRE D'HIGHMORE
DANS LE CAS D'EMPYÈME

Par le Dr **Théodore HERYNG**, chef du service laryngologique
à l'hôpital Saint-Roch, de Varsovie.

Le diagnostic des affections de l'antre d'Highmore, et principalement des collections purulentes de cette cavité, est jusqu'à présent, dans la plupart des cas, d'une bien grande difficulté. Tout médecin se souvient sans doute de circonstances dans lesquelles il a hésité longtemps, et je dois déclarer que j'ai certainement méconnu autrefois maint empyème.

Cette franche déclaration, qui caractérise si bien Moritz Schmidt, commence son court article sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'antre d'Highmore (1). Je ne puis que m'y associer. Tandis qu'autrefois j'hésitais souvent entre le diagnostic de maladie du sinus sphénoïdal et de maladie du sinus maxillaire ; tandis que dans mon journal je

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 50, 1888.

trouve à peine 12 cas certains d'empyème de l'antre depuis l'année 1874, j'ai pu, dans ces six derniers mois, réunir 10 cas dans lesquels l'emploi de l'éclairage électrique m'a fourni un diagnostic certain.

Ce n'est que depuis une dizaine d'années qu'on commence à envisager les symptômes de l'empyème d'une façon critique, et c'est surtout Ziem qui a réduit à leur juste valeur les symptômes considérés jusqu'ici comme classiques (1).

Dès 1882, Hartmann avait fourni des contributions importantes à l'étude des maladies des sinus ; il avait expliqué le rapport des névralgies sus-orbitaires et des obstacles à l'écoulement des sécrétions du méat moyen et montré la valeur diagnostique de la compression de l'air dans le nez par le procédé de Politzer. Dans une communication ultérieure à Fribourg, Hartmann faisait connaître sa méthode de lavage du sinus par l'orifice maxillaire, à l'aide d'une canule spéciale, grâce à laquelle, dans des cas invétérés, il obtint la guérison quand toutes les autres méthodes avaient échoué. Puis vinrent les travaux de Schech, Mikulicz, Störk, B. Fränkel, Krause, Schiffers, Walb, Bronner, Krieg, Bresgen, M. Schmidt, Bayer, Voltolini, Jelenffy, Köster. Sauf ceux de Schech, Bayer, Fränkel et Schmidt, qui concernaient aussi le diagnostic, ils portaient principalement sur l'étiologie et le traitement de cette affection. Si le diagnostic est resté souvent obscur, la vieille théorie des quatre symptômes classiques n'y a pas peu contribué. On sait que jusqu'ici on basait le diagnostic sur les symptômes suivants : 1° saillie de la paroi maxillaire ; 2° augmentation de l'écoulement pendant l'inclinaison du côté opposé ; 3° douleur sous-orbitaire, 4° gonflement de la joue. C'est à Ziem que revient le mérite d'avoir démontré qu'à l'exception de la douleur qui apparaît quelquefois ces symptômes

(1) De la valeur et du traitement des suppurations nasales (*Monatschrift für Ohrenh.* n° 2, 1886, et *Allgem. Central. Zeitung*, 33, 36; 1886. — Dépendance de la migraine des maladies du nez (*Ibidem*, n° 70, 1883). — Importance des maladies des dents pour la production des affections nasales (*Monatschr. für Ohrenh.*, n° 4, 1880).

ne sont pas liés nécessairement à l'empyème, mais qu'ils s'observent dans d'autres affections de la cavité, etc., comme les kystes et les néoplasmes. Il a eu aussi le mérite d'appeler l'attention sur des symptômes moins connus, à savoir l'unilatéralité et l'intermittence de la suppuration. Cependant, dans certains cas, le diagnostic reste difficile et le procédé recommandé par Bayer et par B. Fränkel, de faire coucher le malade sur le ventre, la tête en bas, ne le rend pas toujours certain.

Comme la ponction exploratrice d'une alvéole recommandée par Ziem n'est pas toujours possible, quand les dents sont saines, M. Schmidt a récemment préconisé la ponction exploratrice de la mince cloison qui sépare l'antre d'Highmore du méat inférieur, à l'aide d'une seringue de Pravaz, à canule deux fois plus longue et plus épaisse. Dans 16 cas, il a ramené du pus.

Bresgen (1) avait eu une idée analogue en aspirant le pus par l'orifice maxillaire à l'aide d'une seringue, et Ziem (2), indépendamment de Bresgen, dit avoir déjà employé ce procédé en 1887.

L'aspiration exploratrice du sinus maxillaire constitue certainement un progrès considérable pour le diagnostic de l'empyème. Mais elle réclame une certaine technique, et peut être rendue très difficile dans certaines difformités du cornet inférieur et dans l'épaississement osseux de la paroi (*dans l'asymétrie de l'antre*). De même l'aspiration se fera difficilement quand l'antre a une cavité énorme et contient une faible quantité de pus épais, grumeleux, qui bouche la canule. Bien que je sois convaincu de la parfaite innocuité de cette petite opération, on rencontrera des personnes qui la refuseront.

Il était donc tout à fait désirable de trouver une méthode d'exploration indolore; je crois que nous la possédons aujourd'hui dans le procédé dû récemment à Voltolini. Après l'avoir appliqué dans 10 cas, je puis le recommander abso-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 4, 1889.

lument à mes collègues comme je l'ai fait dans ma démonstration à la Société médicale de Varsovie le 19 février 1889.

Tout le mérite en revient à Voltolini. Il a repris l'idée de Czermak d'éclairer le larynx par transparence, mais en se servant, au lieu de la lumière solaire, de la lampe d'Edison, et il a étendu cette méthode au nez, au palais et à la cavité maxillaire.

Dans une communication faite à Breslau l'année dernière (1), Voltolini étudie la valeur diagnostique de l'éclairage en général, montre les instruments qu'il a fait construire dans ce but et déclare, en terminant, qu'ils sont d'une grande valeur diagnostique.

Cette opinion n'était partagée que par un petit nombre et elle rencontre encore aujourd'hui quelques objections. La possibilité de cette exploration fut, il est vrai, confirmée par Gerhardt et Stærk, niée par contre par Semeleder. Türk ne la mentionne pas du tout. Schrötter, dans son dernier ouvrage (2), la taxe d'élégant enfantillage.

Depuis la publication de Voltolini, cette méthode a été essayée par quelques observateurs.

Roth (3) s'exprime ainsi à son sujet : « L'extension de cette méthode à l'éclairage par transparence du palais, des fosses nasales et du naso-pharynx sous cette forme ne me semble pas du tout pratique... » Il m'est impossible de comprendre comment Voltolini veut pratiquer l'éclairage de la cavité d'Highmore, et il ne donne aucune indication à ce sujet. » Roth doute de la possibilité d'introduire de petites lampes incandescentes dans la cavité elle-même, même dans les cas pathologiques ou par une perte de substance artificielle, et il déclare avoir appuyé ses déductions négatives sur des expériences cadavériques.

Par contre, il est parvenu à éclairer, par transparence, le larynx, le palais et la cloison, en employant un appareil

(1) *Breslauer Arztl. Zeitschrift*, n° 22, 1888.

(2) *Klinik der Kehlkopfkrankheiten*.

(3) *Wien. med. Presse*, nos 10 et 11; 1889.

particulier, construit d'après le principe de Gärtner (1), dans lequel la lumière d'une lampe Edison passe dans une baguette de verre cylindrique à angle droit.

Quant à la valeur de ce procédé au point de vue du diagnostic, Roth ne partage nullement l'enthousiasme de Voltolini pour l'éclairage du larynx, parce que, d'après ses recherches sur le vivant et ses expériences sur une éprouvette remplie d'une solution concentrée de carmin où plongeait une baguette de bois, le liquide éclairé par transparence, comme le doigt ou les anneaux cartilagineux de la trachée, ne laisse reconnaître aucune différenciation, phalanges, anneaux trachéaux, car on ne voit que du rouge. Il en conclut que dans les organes éclairés leur structure ou la situation des altérations de tissu vers la surface ou la profondeur ne se laissent pas déterminer parce que la lumière est propagée à travers la masse sanguine en circulation. Pour la description des instruments destinés à l'éclairage électrique du nez et du larynx (*panélectroscope* de Leiter), je renvoie à son travail original et je discuterai plus tard les opinions de Roth. Je passe aussi sur les instruments employés à l'éclairage par transparence et dirai quelques mots du court travail de Seifert (2).

A la fin de son étude sur l'éclairage par transparence des os de la face, il conclut : « S'il m'est permis de porter un jugement sur la valeur de cette méthode, je crois qu'il faudra faire de nouvelles recherches pour prouver que par ce moyen on peut établir dans les cas douteux le diagnostic différentiel de néoplasmes laryngés, que l'on peut distinguer une tumeur solide du nez et du sinus d'un kyste ou d'un empyème. Ce que je puis dire ici, c'est que j'ai acquis l'impression qu'il y a dans cette méthode de diagnostic plus qu'un *enfantillage élégant*.

Avant de passer à l'étude de la technique et de la valeur

(1) Cette idée a été d'abord utilisée par Kochs et Woltz pour une lampe à microscope.

(2) *Sitzungsberichte der Würzburger phys. med. Gesellschaft*, III, séance du 19 janvier 1889.

diagnostique de l'éclairage par transparence, basée sur mon expérience clinique, je ferai observer que j'ai répété les expériences de Voltolini aussitôt après sa publication et que j'ai réuni, relativement à l'éclairage du larynx, les réflexions suivantes.

On peut l'exécuter facilement aussi bien à l'aide du réflecteur Roth-Leiter que du diaphanoscope Blänsdorf, ou de l'abaisse-langue électrique construit par Reiniger. Il réussit non seulement chez les individus jeunes, mais chez les personnes âgées, maigres, comme je l'ai prouvé à la Société laryngologique de Varsovie.

Une lampe électrique de 4 à 5 volts dans une chambre absolument noire, aussi proche que possible du larynx, est indispensable; son écartement doit être tel qu'il suffise à protéger le malade de la chaleur rayonnante.

Si l'on ajoute au diaphanoscope de Blänsdorf un entonnoir de carton concentrant la lumière, dont la circonférence externe est d'environ 2 cent. $1/2$, l'effet de l'éclairage est plus remarquable. L'intensité dépend du point où l'on applique l'appareil électrique (cartilages thyroïde, cricoïde, trachée), de l'épaisseur des couches intermédiaires et de la force absolue de la lampe. Un excès de lumière nuit à l'effet et ne permet pas une différenciation fine, de sorte que, par exemple, les cordes vraies et les fausses semblent effacées comme une tache rouge clair. Par un bon emploi de la lampe, en l'appliquant à la région du ligament cricothyroïdien, on peut reconnaître distinctement les limites de ces parties.

Voltolini croit que par cette méthode nous pouvons distinguer les tumeurs malignes des bénignes au début de leur développement sur les cordes vocales, parce que les bénignes se détachent nettement de la corde, tandis que les malignes envoient des prolongements épithéliaux dans le tissu et y prolifèrent. Je n'ai pas eu l'occasion de le vérifier.

Dans un cas de gomme syphilitique du voile du palais déjà en désagrégation, avec rétrécissement, je puis confirmer l'opinion de Voltolini sur la possibilité d'éclairer le

voile par transparence. J'introduisis par le méat inférieur dans le pharynx nasal une toute petite lampe électrique (du miroir laryngoscopique électrique de Reiniger), et le voile apparaissait complètement lumineux, mais sans que je puisse me rendre compte de son épaisseur; par contre, en introduisant un miroir dans le pharynx, je pouvais éclairer par le nez tout le pharynx nasal, et je pouvais voir la tonsille pharyngienne hypertrophiée, malgré l'orifice du voile, à peine gros comme le petit doigt. Dans un cas de périchondrite syphilitique de la partie antérieure de la cloison, à l'aide de l'éclairage par un côté, je pus reconnaître l'étendue de l'infiltration et la montrer à un confrère.

Pour ce qui concerne l'éclairage de l'antre, Voltolini s'exprime ainsi : « Avec une petite lampe électrique... on peut aussi éclairer les os de la face par transparence. Dans ce but, je mets la lampe dans la bouche du malade, après avoir enveloppé la partie métallique d'un linge, pour que le malade, en la touchant avec les lèvres, ne reçoive pas de décharge. Si l'on fait alors passer le courant, on voit toute la face éclairée jusqu'aux yeux. » Dans un supplément à son traité sur les maladies du nez (1888), Voltolini s'exprime ainsi sur sa méthode (p. 470) : « Mais dans les tumeurs du sinus maxillaire même, ce procédé peut avoir une grande valeur diagnostique, et, au moment où j'écris, je suis en présence d'un cas assez rare où l'éclairage donne d'excellents résultats. » Le voici en abrégé.

Homme de 22 ans. Depuis 4 ans, tumeur croissante de la joue gauche et de la fosse nasale. De plus, toute la moitié gauche du palais, refoulée vers la bouche, était flexible et cédait un peu au doigt. Voltolini diagnostique un sarcome et propose la résection. Le malade s'y refusant, il essaye de détruire la tumeur par l'électrolyse, mais il fait d'abord l'éclairage par transparence et n'est pas peu étonné lorsqu'il constate que toute la tumeur contenue dans le nez devenait magnifiquement transparente. Voltolini s'exprime ainsi : « J'avoue sincèrement que je ne savais que faire, car je ne doutais nullement que j'eusse affaire à un sarcome venu de l'antre d'Highmore, qui avait refoulé les parois et pénétré dans le nez. »

Il eut alors recours à la fourchette électrolytique, qu'il enfonça dans la tumeur en faisant passer un courant modéré pendant cinq minutes. Le malade ne dormait pas de la nuit à cause des douleurs et du gonflement dans la région opérée.

Le lendemain matin, Voltolini trouva perforé le point où la fourchette avait été placée : une quantité extraordinaire de liquide s'était écoulée du nez et, par un grand trou, on pouvait voir directement dans l'antre et y pénétrer avec un stylet : « *Le diagnostic était alors certain, dit Voltolini. Nous avions affaire à un EMPYÈME OU UN KYSTE DU SINUS MAXILLAIRE, car, après l'écoulement du pus et de la sérosité, la cavité était vide. La tumeur du nez n'était pas autre chose que le cornet inférieur, qui avait été refoulé, comme les autres parois de l'antre. Ainsi s'expliquait le bel éclairage de la tumeur, qui n'était autre chose que du liquide. Si maintenant, après l'évacuation de l'antre d'Highmore, j'allume la lampe dans la bouche du patient, on voit, même de loin, le contraste entre les deux côtés, parce que l'antre gauche, très dilaté, laisse mieux passer la lumière que l'antre droit, petit. A l'avenir, ce mode d'illumination s'emploiera avec grand avantage dans l'empyème et les tumeurs du nez.* »

J'ai reproduit mot à mot les conclusions de cette observation, parce qu'il me semble que Voltolini n'a pas suffisamment insisté sur le symptôme le plus important de l'empyème, la tache obscure que forme le côté malade dans l'éclairage par transparence, et qu'il a confondu les symptômes de l'empyème avec ceux du kyste, qui sont précisément différents. Cela est plus que vraisemblable si l'on se rapporte à la phrase citée plus haut. « Nous avions affaire à un empyème ou un kyste. » (P. 472.)

Mes observations cliniques prouvent que, tandis que, dans le kyste séreux de l'antre, l'éclairage par transparence a lieu des deux côtés (dans l'ectasie de l'antre d'Hyghmore sur une étendue plus large du côté malade), dans l'empyème, le côté malade apparaît rouge jusqu'à l'orbite, et la paupière inférieure apparaît comme un croissant rouge clair atteignant l'angle interne de l'œil. Ce symptôme est, sauf quelques exceptions, que nous discuterons plus loin, le signe le plus sûr de l'empyème, et je l'ai vérifié complètement chez

les malades, surtout en l'absence d'autres symptômes, considérés comme indispensables pour le diagnostic de l'empyème.

Avant d'aller plus loin, je décrirai cette méthode d'exploration telle que je l'ai employée jusqu'ici.

Pour éclairer par transparence l'antre d'Hyghmore, je me sers de la spatule électrique construite par Reiniger, à Er-



Fig. 1.

langen (fig. 1). Elle a, on le sait, la forme d'un abaisse-langue de Türk.

La petite plaque linguale, en caoutchouc durci, mobile, s'enlève facilement, la lampe électrique Edison (5 volts) se visse à l'extrémité et elle donne, avec une batterie convenable, une lumière blanche, brillante, suffisamment forte pour éclairer parfaitement les joues et le maxillaire *dans une pièce obscure*.

Le résultat est insuffisant quand le courant est faible et la chambre peu obscure. Avant de l'appliquer au malade, je recommande d'essayer d'abord la batterie sur un individu sain.

J'emploie une batterie de dix éléments zinc charbon,

construite spécialement par Leiter, avec acide chromique anglais et acide sulfurique (acide chromique pulvérisé 160, acide sulfurique anglais 125, eau 1,000). La batterie doit être fraîchement remplie. Six éléments suffisent alors, plongés à peine d'un quart de leur longueur. Il faut établir la communication avant de plonger les éléments, autrement on brûle le fil. Si l'on n'a pas de rhéostat, il faut plonger les éléments d'une façon très progressive.

Dès que le fil devient rouge, les éléments peuvent être descendus jusqu'au rouge blanc et l'on introduit immédiatement la spatule dans la bouche. Si l'on tarde, le courant augmente trop et il peut brûler la lampe.

La langue est abaissée fortement, et la bouche fermée on établit le contact. Alors se produit l'éclairage complet des os de la face jusqu'à l'orbite ; à l'état normal il a la même intensité, et dans les cas de sinus asymétriques (ectasie, atrophie, états pathologiques) une intensité différente suivant le degré et le genre de la maladie.

J'ai déjà remarqué que dans les kystes à contenu séreux la lumière passe facilement ; dans les néoplasmes solides et dans l'empyème, le côté malade reste sombre. Dans l'empyème double, les deux sinus restent sombres ; on trouve souvent aussi d'autres symptômes, comme l'écoulement bilatéral. Jusqu'à présent, je n'ai pu trouver un empyème double, comme en ont observé Ziem et Krieg.

Après l'éclairage, la petite lampe électrique, si l'exploration dure longtemps, doit être laissée un quart ou une demi-minute dans la bouche pour qu'elle se refroidisse un peu et que la malade ne se brûle pas le palais et les lèvres, ce que l'on peut éviter avec un peu d'adresse.

Avant d'introduire la lampe dans la bouche et d'examiner sa force d'éclairage, j'éclaire la chambre avec une allumette bougie, j'introduis une spatule dans la bouche et je la porte au rouge à ce moment seulement. Quand la bouche est petite, j'exerce d'abord plusieurs fois le malade, je lui explique comment il doit faire et lui défend les mouvements de déglutition pour empêcher la brûlure du voile. Dans un seul cas, je trouvai les os de la face si épais que je ne pus

produire un éclairage suffisant. Dans tous les autres cas, j'y parvins sans difficulté de la part du malade.

Avec la batterie de Stöhrer pour les courants constants (20 éléments), je pus déjà produire avec 8 ou 10 éléments un éclairage suffisant, de même 12 à 14 éléments suffiraient pour porter au blanc le diaphanoscope de Blansdorf. Avec de la prudence, cette batterie peut être employée aussi pour les lampes électriques ou à l'aide d'un rhéostat (elle ne permet que l'introduction simultanée de 2 éléments). La spatule Reiniger manque parfois parce que les surfaces de contact s'oxydent facilement; aussi je les ai fait revêtir de lamelles de platine.

Comme cette lampe avec les lampes de réserve semblera



Fig. 2.

peut-être dispendieuse, je recommande de la remplacer par un appareil que chacun peut construire et adapter à l'abaisse-langue de Türk.

Une petite lampe Edison (5 volts), comme l'emploie Leiter pour le réflecteur de Roth, est reliée avec 2 fils de cuivre fin que l'on introduit dans les 2 tubes de métal de la lampe. On coupe alors dans du liège 2 dés d'un centimètre de large sur 6 millimètres environ de haut; on les creuse d'un côté avec la lime ronde, de sorte que le pédicule de la lampe y entre, et l'on colle les deux moitiés ensemble avec du collodion, de façon que la boule de verre seule reste visible (fig. 2). Le tout est solidement fixé avec un fil de

soie fort à la face supérieure d'une spatule de Türk comme dans la figure 3, relié à deux cordons conducteurs isolés, et l'appareil est prêt.

Si l'on veut construire plus solidement, il suffit de placer la lampe dans un cadre d'ivoire et de la relier à la batterie par des fils conducteurs à l'aide de deux embouts pourvus



Fig. 3.

de vis. Le coût de cette modification avec la lampe ne dépasse pas 8 francs.

Sur 10 malades où le diagnostic fut assuré par l'éclairage, la perforation de l'alvéole ne fut faite que 7 fois avec évacuation du pus par cet orifice.

Dans les 3 autres cas où l'opération fut différée, à la

demande des malades, cette méthode confirma aussi le diagnostic, les autres symptômes (suppuration unilatérale, fétide, intermittente du nez) indiquant l'antre d'Highmore comme le siège du mal et la pression du stylet dans la région de l'orifice maxillaire faisant sourdre des gouttes de pus.

Je ne parlerai cependant que des 7 cas où le pus fut retiré de l'antre, c'est-à-dire où il n'y eut pas le moindre doute sur le diagnostic.

Sexe : 5 hommes, 2 femmes.

Age : 15 à 55 ans.

Durée du mal : de 6 mois à 5 ans. Côté droit, 5 fois; gauche, 2 fois. Étiologie : dans les 7 fois, les molaires supérieures étaient cariées ou remplacées par des chicots. Comme dans les cas de Krieg, la première molaire et la deuxième buccale étaient le point de départ le plus fréquent de l'empyème. Le sondage de l'ostium maxillaire avec la cocaïne est assez facile et peu douloureux. J'emploie un stylet nasal ordinaire boutonné, mince, à bout courbé à angle droit sur une longueur de 8 millimètres. À l'aide du speculum de Duplay, je l'introduis à deux pouces de profondeur dans le méat moyen, de sorte que le bec regarde en bas. Par une légère rotation, on le dirige en le retirant vers la paroi extérieure et on l'introduit un peu de côté dans l'ostium, où il accroche. Par des mouvements de va-et-vient on arrive à en déterminer les dimensions (3 à 4 millimètres ordinairement). Dans un seul cas, je n'y parvins pas. Chez ce malade, le Dr Jawdyski pratiqua l'ouverture de l'antre par la fosse canine à l'aide du marteau et de la gouge, et je pus, en introduisant le doigt, en palper les parois et constater la présence d'ostéomes sous forme de lamelles osseuses feuilletées. Elles furent enlevées, le liquide séro-purulent évacué, la cavité éclairée par une petite lampe, et une ectasie considérable fut constatée (5 centimètres sur 6 centimètres). L'ostium maxillaire fut cherché par la fosse canine (la muqueuse présentait une tuméfaction énorme), le stylet fut poussé jusque dans le méat moyen et l'injection passa dans le nez. Tamponnement avec la gaze iodoformée, drain et guérison en 15 jours.

Dans un autre cas, je pus, contrairement aux déductions de Roth, après perforation au trocart d'une alvéole, éclairer complètement la cavité d'Highmore à l'aide d'une petite lampe électrique de Reiniger, comme je l'ai démontré à la Société médicale de Varsovie. L'orifice maxillaire peut être parfois bouché, pour un moment, par la muqueuse tuméfiée du méat moyen et des cornets. L'introduction de la sonde sera temporairement plus difficile ; dans d'autres cas, elle sera impossible pendant quelques jours. J'ai observé ces symptômes chez une malade et j'eus l'idée (sans connaître le travail de Bayer) d'agrandir l'orifice par le galvano-cautère. Après lavage et désinfection de l'antre, j'introduisis l'instrument d'abord dans la direction horizontale ; je brûlai, sur une longueur d'un centimètre, et perpendiculairement aux extrémités de la trainée, je descendis, autant que je pus, en bas pour faciliter l'écoulement du pus. Le résultat de cette opération fut insuffisant et la malade ne fut guérie que par l'emploi de la méthode de Cooper, l'extraction de la deuxième molaire.

J'ai essayé aussi le lavage de l'antre avec un cathéter courbé, analogue à la sonde déjà décrite (4 fois sur 7), quand l'orifice était assez grand pour que le liquide pût ressortir à côté du cathéter. Je parvins aussi chez deux malades, après l'extraction de la dent correspondante, à introduire un stylet par le canal et à en pousser l'extrémité dans le méat moyen à travers l'ostium maxillaire.

Jusqu'ici je n'ai vu qu'une fois la maladie provenant d'un catarrhe du nez. Le malade avait des dents saines. Je trouvais des polypes muqueux dans le voisinage de l'hiatus semi-lunaire. Le mal semblait avoir commencé par un violent rhume de cerveau.

Chez un second malade, les conditions étaient un peu plus complexes : outre les polypes du nez et l'empyème de l'antre, je trouvais le sinus sphénoïdal également malade, et, dans le voisinage de son orifice d'écoulement, au-dessus de l'extrémité postérieure du cornet moyen, du pus s'écoulait par la pression et il revenait toujours quand on l'essayait. En enlevant l'extrémité hypertrophiée du cornet, on rendait

visibles en haut de nouveaux petits polypes. Leur enlèvement diminua la suppuration, qui disparut par des injections. C'est le quatrième cas de collection purulente que j'ai observé dans ma pratique, et l'on me pardonnera de consacrer quelques lignes à une affection dont la symptomatologie et le traitement laissent encore tant à désirer.

J'ai opéré trois de ces malades suivant la méthode indiquée par Zuckerkandl que Schäffer a pratiquée, pour la première fois, sur le vivant; avec le stylet qu'il a indiqué, je perforai la paroi antérieure du sinus sphénoïdal pénétraït dans la cavité et ramenai du pus. J'enlevai alors les fragments osseux nécrosés avec la curette tranchante, les granulations, et, chez un malade, des débris du polype. J'agrandis l'ouverture avec la curette, je cautérisai la muqueuse hypertrophiée du cornet moyen et de la cloison avec l'acide chromique, plus tard encore, avec le galvano-cautère. Dans un cas, j'introduisis un drain pendant vingt-quatre heures : par des irrigations fréquentes d'acide borique à 5 0/0 et des insufflations d'iodoforme, j'obtins la guérison dans 2 cas; dans un 3^e, le résultat fut incomplet; dans un 4^e, il y eut récurrence. Pour me donner accès au sinus sphénoïdal, je fus obligé, chez un de ces malades, d'enlever tout le cornet moyen avec la gouge de Schœtz et le marteau, sans hémorrhagie notable. Je parlerai ailleurs, en détail, de cette opération. Je dirai seulement que chez un seul malade chez qui j'avais détruit, au galvano-cautère, des restes de polype situés très haut dans le voisinage de l'ostium, il survint le soir même une réaction assez vive (T. 39°, 5), céphalalgie, abattement, qui disparurent le lendemain après lavage de la cavité.

Relativement aux autres symptômes de la maladie qui nous occupe, je parlerai surtout du genre de l'écoulement et de ses caractères. Chez tous mes malades, il était abondant, sauf le cas déjà étudié où il y avait ectasie de l'antre avec ostéomes et gonflement de la face avec occlusion de l'ostium maxillaire. Tous déclaraient l'écoulement fétide; mais il ne l'était pas toujours, seulement le matin. Quelques-uns se plaignaient de sa chute dans la gorge pendant la nuit, de

croûtes et de mucus, avec goût désagréable dans la bouche, avec parfois des nausées suivies de l'expectoration d'une sécrétion fétide. Chez deux malades l'écoulement était plus fort le matin de 7 à 9 heures, chez deux autres l'après-midi. Il était toujours plus abondant du côté correspondant à l'antre malade. Un seul malade déclarait que l'inclinaison de la tête l'augmentait ; jamais en se couchant sur le côté opposé ou sur le ventre, la tête pendante, le malade ne pouvait l'augmenter.

Bien que le malade déclarât la sécrétion fétide, l'examen ne le confirmait nullement dans bien des cas. Par contre, le pus enlevé à la suite de la perforation était, dans 4 cas, extrêmement fétide.

Dans 2 cas, le pus enlevé par irrigation de l'antre à l'aide du cathéter, introduit dans l'orifice maxillaire le matin, avait une odeur fétide. Dans tous les cas, l'examen du nez faisait constater une tuméfaction plus ou moins considérable des cornets, plus marquée sur le cornet inférieur que sur le moyen. Le matin on voyait la sécrétion adhérer ordinairement plus fortement au cornet moyen en le recouvrant de tractus blanchâtre ou de plaques visqueuses verdâtres. Il coulait en partie dans le pharynx nasal, la voûte se voyait alors peu recouverte de pus, la paroi postérieure l'était abondamment. Jamais je ne trouvai d'affection de la bourse pharyngienne ni de kystes.

Après enlèvement de la sécrétion avec la seringue, je pus voir distinctement dans quelques cas qu'elle provenait par gouttes de la région de l'ostium maxillaire, et, après essuyage, réapparaissait promptement à la pression de la sonde.

Dans l'empyème du sinus sphénoïdal, ce symptôme d'une sécrétion locale se renouvelant rapidement s'observait très haut au-dessus de l'extrémité postérieure du cornet moyen, entre lui et la cloison. On pouvait toujours éliminer une affection du sinus frontal. La saillie notable de la partie malade ne pouvait se constater que dans le cas spécial indiqué plus haut, dans 4 cas on ne trouvait qu'un gonflement insignifiant dans la région de la fosse canine. Dans 4 cas,

on pouvait constater une matité du côté malade à la percussion à l'aide du plessimètre cylindrique d'Hamernik. Quant à la douleur, 5 malades se plaignaient de douleurs dans les dents et la face, 2 de névralgie sus-orbitaire, un de fortes douleurs entre les sourcils, un de douleurs à la face et à l'occiput, périodiques, apparaissant ordinairement dans l'après-midi. Mais chez ce malade il y avait, outre l'empyème de l'antre, suppuration du sinus sphénoïdal. Ces symptômes disparurent après l'enlèvement de l'extrémité antérieure du cornet moyen et de quelques petits polypes très haut situés ; 4 malades se plaignaient de mal de dent ; l'un d'eux avait eu toutes les molaires extraites. Un malade se plaignait de violentes douleurs dans l'œil, un autre de scotomes. L'odorat était diminué chez la plupart, supprimé chez 2 complètement. Chez un malade, il n'y avait pas d'autres symptômes en dehors de l'écoulement abondant unilatéral. Cependant la deuxième molaire fut extraite, le stylet pénétra immédiatement dans l'antre et le pus sortit. Le diagnostic était donc dû exclusivement à l'éclairage.

Quant à l'opération, la méthode de Desault n'était indiquée qu'une fois. Dans les autres cas, la perforation fut pratiquée par le Dr Jawdyski à la suite de l'extraction de dents ou de racines ou même à travers le maxillaire sans dents, à l'aide d'un trocart de 5 millimètres d'épaisseur. Une courte canule d'argent, longue de 2 centimètres, large de 5 millimètres, terminée par une plaque arrondie, est fixée aux deux dents voisines par un fil d'argent. Je déconseille une canule plus longue, parce que, quand la sécrétion est faible, elle dépasse son niveau. Pour empêcher la pénétration de parcelles d'aliments dans la canule, je coiffe obliquement son rebord avec un tube de caoutchouc de 1 centimètre de long, dont l'extrémité se recourbe et dont la lumière se ferme pendant la compression, ce qui n'empêche pas l'écoulement du pus et les irrigations. Le tube était laissé de 8 à 10 jours dans la fistule, l'antre lavé 3 fois par jour avec une solution boriquée tiède à 5 0/0 avec addition d'une petite quantité d'acide phénique, jusqu'à ce que l'eau revint propre par le nez. Deux fois on insuffla de l'iodol dans l'antre par la fis-

tule avec bon résultat ; 5 fois sur 7 il y eut guérison ; une fois il survint une récédive au bout de quatre semaines ; un malade est encore en traitement.

La méthode de Mikulicz ne fut possible qu'une fois, après l'enlèvement d'un éperon cartilagineux de la cloison obstruant le nez, à l'aide de l'excellent couteau de Schoetz, coupant d'arrière en avant. Le résultat fut insuffisant et il fallut plus tard perforer l'alvéole. J'essayai aussi de pratiquer, par le méat inférieur, à l'aide du galvano-cautère, une ouverture dans la paroi latérale de l'antre, mais je ne pus traverser l'os à cause de l'étroitesse et du gonflement du méat inférieur ; je ne pus employer non plus dans ce cas le trocart de Krause. Mes tentatives d'agrandir l'ostium maxillaire à l'aide de la fourchette électrolytique furent très douloureuses et ne donnèrent pas de résultat. Il me suffit ici d'avoir prouvé que l'éclairage par transparence de l'antre est facile et qu'il peut être considéré, dans la plupart des cas, comme le symptôme le plus sûr de l'empyème.

II

DEUX CAS DE RHINOLITHIASÉ AVEC REMARQUES SUR L'ÉTILOGIE,

Par le Dr OTTOKAR CHIARI, docent à l'Université de Vienne.

Bien que, depuis ces dernières années, le nombre des observations de rhinolithes se soit multiplié, elles ne sont pas assez nombreuses pour que de nouvelles communications à ce sujet soient sans valeur, surtout si l'on y ajoute des considérations sur l'étiologie. C'est le motif de la publication des deux cas suivants :

Mlle A. St..., âgée de 22 ans, vint me consulter le 5 juillet 1888 pour un écoulement de la narine droite datant de deux ans et ayant une mauvaise odeur. Parfois aussi la respi-

ration de ce côté était difficile ; en dehors de cela la malade ne souffrait d'aucune affection et paraissait jouir d'une bonne santé. A la rhinoscopie antérieure on voyait au milieu de la narine droite, enclavé entre le cornet moyen et la cloison, un corps gris brunâtre dont les parois étaient parsemées de granulations qui formaient un véritable gonflement, surtout sur la cloison. On percevait à peine une mauvaise odeur pendant l'expiration, mais on la sentait très distinctement lorsque l'on retirait du nez l'extrémité de la sonde qui avait été en contact avec le corps brunâtre. Au moyen de la sonde, on sentait un corps dur et un peu mobile et on pouvait évaluer sûrement son volume à celui d'une noisette de dimension moyenne. Les choanes étaient libres, seulement on voyait à la base de la droite quelques masses mucilagineuses. La narine gauche ne contenait rien d'anormal. Il n'y avait que deux hypothèses en présence : il s'agissait ou d'un os nécrosé ou d'un corps étranger. L'absence de toute lésion syphilitique du pharynx et de la bouche parlaient contre la nécrose de même que l'absence de glandes tuméfiées et de tous autres symptômes. On interrogea alors la malade pour savoir si elle ne se souvenait pas qu'un corps étranger eût pénétré dans son nez ; elle ne put absolument rien répondre à ce sujet, aussi je revins à la première hypothèse. Mais je fus bientôt édifié par la nature du corps extirpé. L'extraction fut pratiquée facilement, et à la sortie du méat le corps étranger se brisa en plusieurs morceaux qui s'émiettaient facilement entre les doigts. La surface était d'un gris brun et bosselée, recouverte d'une muqueuse fétide ; les débris étaient blancs et granuleux. Au centre de quelques fragments plus grands, se trouvaient des masses brunes, élastiques, molles et anguleuses, qui flottaient à la surface de l'eau. Au microscope, ces masses sectionnées en coupes minces présentaient des cellules étroites, anguleuses et contiguës, qui étaient remplies d'air. Il n'y avait dès lors aucun doute, il s'agissait de petits morceaux de liège qui avaient pénétré dans le nez et avaient occasionné la formation du rhinolith. Le Dr R. Paltauf, qui a eu la bonté d'examiner le rhinolith, confirma complètement ce résultat et constata la nature minérale de l'enveloppe du morceau de liège. Elle était formée de carbonate de chaux.

Le traitement ultérieur consista en tamponnements avec la gaze iodoformée et en lavages avec des solutions de permanganate de potasse, à la suite desquels les granulations dispa-

rurent au bout de huit jours et la narine droite devint complètement libre. Ce cas est intéressant en ce que la malade adulte ignorait la présence des petits morceaux de liège dans son nez.

L'extraction du second rhinolithe que j'ai observé en septembre 1889 a été un peu plus difficile.

Il s'agissait d'une fillette de 12 ans qui souffrait depuis des années d'obstruction de la narine gauche et d'un écoulement fétide du même côté. Il y a deux ans, un médecin prétendit avoir découvert un corps dur dans le nez. A la rhinoscopie antérieure, on voyait, entre le cornet inférieur et la cloison, une masse d'un gris blanchâtre, qui avait tout à fait l'apparence du mucus et fut regardée comme tel. Au premier abord, lorsque je touchai cette masse avec une pince, elle me sembla dure et rude, surtout en arrière. Elle fut saisie avec la pince à polypes, et quelques petits morceaux facilement friables en furent détachés. En voulant la retirer entièrement, la pince glissait toujours en dehors et repoussait le corps étranger en arrière; enfin, je le saisis et pus l'extraire. C'était un corps étranger irrégulier, dur et anguleux, de 15 millimètres de longueur, 8 millimètres de largeur et d'épaisseur et du poids de 12 décigrammes. Les couches extérieures étaient brunes, et celles de l'intérieur de la tumeur étaient blanches; les premières étaient très friables, les secondes assez dures, et chez toutes deux l'action de l'acide chlorhydrique déterminait de l'effervescence. Après avoir enlevé une partie des couches corticales, je me trouvai en présence d'un corps lisse, brun, dur comme de l'os et de forme ronde, qui avait l'aspect d'un embryon; à l'aide d'une petite pince à enlever les esquilles, je retirai quelques parcelles de la surface pour les examiner au microscope. Il y avait des cellules ligneuses. Dans ce cas également, le rhinolith s'était formé par l'accumulation de carbonate de chaux autour du corps étranger.

Le traitement ultérieur consista d'abord en tamponnements avec de la gaze iodoformée, parce qu'à la suite des tentatives d'extraction répétées la muqueuse avait été blessée en divers endroits, et dans les jours suivants en pulvérisations avec des solutions de permanganate de potasse. Au bout de quelques jours, la muqueuse nasale était revenue à l'état normal.

Dans les deux cas, il se trouvait dans le mucus fétide qui

remplissait toutes les lacunes de la surface de la pierre un nombre considérable de bactéries, *cocci*, comme on a pu l'observer déjà. Peut-être aussi ces microorganismes ont-ils joué un rôle actif dans la formation des concrétions. J'ai déjà eu une fois l'occasion (*Revue mensuelle de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, n° 10, 1888), en parlant de plusieurs cas de pharyngomycosis leptothricia, d'attirer l'attention sur ce point, que les concrétions qui s'y forment fréquemment étaient la suite d'une production excessive du champignon leptothrix.

Dans les cas de rhinolithes, on devra supposer que le corps étranger introduit dans le nez forme une surface d'attraction pour les bactéries, qui attirent les sels de chaux du mucus nasal et favorisent leur accumulation sur le corps étranger.

C'est le D^r R. Paltauf, docent, qui a attiré mon attention sur cette propriété des schyzomycètes, alors qu'auparavant je pensais qu'il s'agissait d'une simple précipitation des sels de chaux hors de la muqueuse nasale sur le corps étranger, de même qu'une eau ferrugineuse, en coulant sur la pierre, la brunit par ce procédé.

III

SERRE-NŒUD NASAL ET ÉCRASEUR COMBINÉS

Par le D^r **FRANKLIN H. HOOPER**, de Boston.

Cet instrument a été construit, non dans le but d'inventer une nouveauté ou de modifier quelque chose d'ancien, mais pour pourvoir à une nécessité, car plus d'une fois j'avais trouvé pénibles les opérations pratiquées dans les fosses nasales pour l'ablation des polypes du nez ou des hypertrophies des cornets.

L'écraseur de Jarvis est, en principe, un instrument ex-

cellent. Mais il m'a semblé, après son emploi dans des cas difficiles, que beaucoup d'appareils usités ordinairement étaient faits si délicatement que c'était plutôt des jouets que des objets pratiques. Tous ceux qui ont une grande expérience opératoire en chirurgie intra-nasale peuvent apprécier combien, en certains cas, les cornets hypertrophiés sont durs, et quelle pression il faut exercer sur les fils métalliques lorsque l'on se sert des diverses formes de serre-nœuds et d'écraseurs. Les difficultés que j'ai rencontrées dans ma pratique ont été causées par des instruments mal construits. Dans un cas d'hypertrophie des cornets, situé à la portion postérieure de la fosse nasale, quand cette dernière était engagée dans l'anse métallique, j'eus, après plusieurs tours de vis, m'arrêter, la vis était si petite que je n'avais pas assez de force dans mes doigts pour la tourner. Je fus contraint de saisir la canule avec les doigts de la main gauche, tandis que j'essayais en vain de tourner la vis avec ma main droite. J'assujettis alors la canule avec une paire de pinces, tandis que la vis était tournée à l'aide d'une autre pince. Cela réussit pour quelques tours, mais le fil fut tellement serré que toutes les tentatives pour le faire mouvoir échouèrent. Mon instrument se trouvait également immobilisé, et, on le comprend, la situation était assez pénible. A la fin, je sortis d'embarras en tordant l'instrument jusqu'à ce qu'il vint à moi, terminant ainsi une opération douloureuse pour le malade et aussi mal conçue que non scientifique de la part de l'opérateur.

Il n'y aurait eu, dans ce cas, aucune difficulté si j'avais eu un instrument bien construit. On a besoin alors d'un écraseur solidement établi pour deux raisons : 1^o la dureté inhérente au corps hypertrophié ; 2^o (ce qui est plus important) quand la boutonnière se resserre, des fibres du tissu s'introduisent dans l'extrémité de la canule avec les fils de métal et s'y fixent solidement. Dans un cas, j'ai vu les fils coupés par l'extrémité de la canule au lieu de couper la tumeur ; dans un autre cas, la pression des fils était assez grande pour rompre les chevilles auxquelles ces fils étaient attachés à l'extrémité la plus rapprochée de la petite canule.

Ces accidents (et d'autres que je pourrais énumérer) me sont arrivés il y a plusieurs années; mais depuis que MM. Codman et Shurtleff m'ont construit un serre-nœud de Jarvis, qui est fort à l'endroit où il doit l'être, je n'ai plus rencontré de difficulté. Cet instrument modifié, dont je me suis servi constamment pendant ces quatre dernières années, a une traverse ou doigtier à la poignée, de 3 centimètres de long, par lequel il peut être saisi solidement par les doigts de la main gauche.

La filière par laquelle on doit introduire le fil métallique a 2 centimètres et demi de diamètre, de façon à ce qu'elle tourne commodément. Le pas de vis sur lequel la filière tourne est plat d'un côté et est fait en acier, afin d'empêcher son altération et en même temps toute rotation de la petite canule sur la grande.

Il y a pourtant une autre catégorie de cas pour lesquels j'ai trouvé les instruments connus jusqu'à présent insuffisants. Je veux parler des cas où, en opérant avec un des serre-nœuds ordinaires, la bride métallique rencontre une tumeur si dure et si fortement attachée qu'elle ne peut être arrachée par la traction des doigts sur les fils et où il ne serait pas prudent ou même possible d'arracher la tumeur. Dans ces cas, j'ai été obligé d'enlever le serre-nœud, en laissant les fils, qui étaient enfoncés dans la tumeur, et je les attachai alors à l'écraseur dont j'ai parlé, je pus alors compléter l'opération. Ce procédé, le changement d'instruments au milieu d'une opération est au moins désagréable, et quelquefois même impossible, surtout quand les fils d'acier sont usés. En ce cas, les avaries du fil métallique empêchent de le passer dans la canule de l'écraseur; si on raccourcit le fil, il n'aura plus la longueur suffisante pour passer dans la canule et s'attacher aux chevilles. Dans ces conditions, la seule chose à faire, après avoir enlevé l'instrument, est de couper un bout du fil métallique le plus près possible de l'ouverture du nez, et alors de tirer sur l'autre fil, pour retirer le tout; on laisse de la sorte l'opération incomplète. Si, par les manœuvres pour enlever l'instrument, le fil se tord dans l'intérieur du nez et si son extraction par la traction sur une

extrémité est rendue impossible ; il doit alors être extrait au moyen d'un mouvement de torsion jusqu'à ce qu'il sorte, ce qui est très laborieux. Plus d'une fois, j'ai été sur le point d'administrer de l'éther au malade pour extraire ce fil.

Je suis entré dans ce long détail afin de montrer quels sont les accidents qui peuvent arriver au cours des opérations intra-nasales, accidents qui m'ont amené à construire l'instrument dont la description fait l'objet de ce mémoire.

Ce *serre-nœud et écraseur nasal combinés* a certains avantages sur les autres instruments qui me sont connus. Il est construit pour la plus grande partie en acier, et a de la force à l'endroit où il doit être solide. Fort sans être massif, il est adapté pour servir dans les voies aériennes supérieures chaque fois qu'on a besoin de l'anse froide ou d'un écraseur. En se servant de cet instrument, les accidents dont j'ai parlé plus haut ne se produisent plus. Le point le plus important est qu'en un instant le serre-nœud peut se transformer en écraseur. Quand on opère sur un cas de tissu hypertrophié avec coïncidence de polypes muqueux, si une masse de tissu dur est par inadvertance engagée dans l'anse et qu'elle soit trop dure pour pouvoir être arrachée, l'instrument peut être converti en écraseur et l'opération complétée proprement et rapidement. L'extraction de l'extrémité pharyngienne sera ainsi grandement facilitée, l'instrument ayant lui-même l'angle nasal, et parce que la masse de tissu peut d'abord être détachée par le serre-nœud et ensuite enlevée au moyen de l'écraseur.

La figure ci-jointe représente *la moitié* de l'instrument et montre si clairement la façon simple avec laquelle un serre-nœud peut être combiné avec un écraseur, qu'il est besoin de peu de mots pour décrire son fonctionnement.

Quand l'anneau A est à gauche, les anneaux BB peuvent être aussi facilement mus que dans les serre-nœuds ordinaires. En tournant l'A à droite le pas de vis de l'instrument s'engage et il en résulte un parfait écraseur ; les anneaux BB auxquels sont attachés les fils descendent seulement comme la vis et tournent par l'anneau C. Des canules de différentes longueurs et de diverses courbes peuvent

être substituées suivant les besoins pour les opérations du naso-pharynx ou pharynx inférieur et du larynx.

Pour ce qui est de l'usage et de l'entretien de cet instru-



ment, peu de mots suffisent à l'expliquer, parce qu'ils paraissent élémentaires, ils n'en ont pas moins une valeur pratique. En attachant les fils aux chevilles d'arrêt de l'anneau B, il ne faut pas les enlacer séparément sur chaque vis, mais les fixer ensemble sur les deux vis de façon à

former un 8. Après s'être servi de l'instrument, il faudra toujours enlever les fils, non pas de la façon la plus naturelle, en les tirant du côté de l'opérateur, mais dans la direction opposée. Alors les mouvements des fils, par suite de la manière dont ils sont fixés aux chevilles d'arrêt, favorisent le nettoyage de l'intérieur de la canule, en donnant issue aux débris qui peuvent se trouver à l'intérieur, et le danger de l'obstruction de la canule par la saleté et la rouille se trouve ainsi écarté. Cet instrument a été construit sous ma direction par Codman et Shurtleff, 13, Tremont Street, Boston.

BIBLIOGRAPHIE.

La surdi-mutité et les sourds-muets devant la loi, par M. LANNOIS. (Chez G. Steinheil, Paris, 1889.)

Dans son très intéressant travail, notre collaborateur le Dr M. Lannois, de Lyon, étudie d'abord la statistique de la surdi-mutité, très variable suivant les pays; elle est plus commune en Suisse que partout ailleurs. Puis il passe en revue les causes de cette infirmité qui peut être congénitale ou tardive. La surdi-mutité est rarement congénitale dans l'acception propre du mot. Le plus souvent, le sourd-muet le devient à la suite de maladies variables, soit nerveuses, soit de l'organe auditif, et dans le dernier cas il eût été possible de l'enrayer. Les recherches faites dans ces derniers temps ont démontré que la surdité n'était pas toujours absolue. La surdi-mutité n'abolit pas l'intelligence, à moins qu'elle ne coïncide avec un état nerveux particulier. Il suit de là que l'éducation du sourd-muet est possible, et l'éducation par la méthode orale semble aujourd'hui remplacer complètement l'ancienne éducation française par les gestes. Il en résulte aussi que la situation du sourd-muet ne doit pas être devant la loi différente de celle des autres sujets, ce que du reste, comme l'indique Lannois, ont admis de nombreux arrêts judiciaires. L'auteur termine son mémoire par quelques remarques très intéressantes sur la simulation de la surdi-mutité.

A. G.

Traitement des fractures du nez par l'appareil plâtré, par E.CHEVALLET. (*Thèse de Lyon*, 1889, chez J.-B. Baillière.)

Thèse faite dans le service de D. Mollière; l'auteur divise ces fractures en trois variétés : 1^o fracture des os propres; 2^o luxation des os propres, confondue avec les fractures, niée et affirmée tour à tour; 3^o fractures et luxation de la cloison. L'auteur décrit assez minutieusement ces diverses variétés et insiste surtout sur la luxation de la cloison cartilagineuse, sur la vomer décrite par son maître D. Mollière; c'est, pour les lecteurs de ce recueil, la partie la plus intéressante de cette description. On peut reproduire cette altération expérimentalement en sectionnant la cloison cartilagineuse sur la vomer; on observe alors une dépression continue, allant des os propres à la pointe du nez, avec un sillon surtout accentué au-dessus du lobule, au point qui sépare les cartilages. Chevallet repousse, comme son maître, tout appareil de soutènement interne comme inutile. Pendant l'application de l'appareil plâtré qui est fixé en haut sur le front et en bas sur les lèvres et les joues, deux aides maintiennent l'un les prolongements frontaux, l'autre les prolongements lébioginiens, ce qui permet au chirurgien de procéder à la réduction et au modelage du nez.

A. G.

Pathogénie et traitement de la fièvre des foins, par NATIER.

(Doin, éditeur, Paris, 1889.)

Dans cette étude, qui a fait l'objet de sa thèse inaugurale, le Dr Natier passe en revue les théories différentes mises en avant pour expliquer la pathogénie de la maladie; il accepte volontiers le terme de *fièvre des foins* en raison de la régularité d'apparition de cette affection qui correspond presque toujours avec l'apparition des grandes chaleurs et la saison des foins. Puis il discute la théorie du pollen, de l'arthritisme, des microbes et enfin celle des altérations nasales; c'est cette dernière qui lui semble donner le mieux l'explication de la maladie; en effet, le traitement palliatif au moyen de la cocaïne et surtout les cautérisations plus ou moins profondes faites avec le galvano-cautère semblent être les moyens thérapeutiques qui ont donné le plus de résultats. L'auteur prétend qu'au fur et à mesure des observations ultérieures la fièvre des foins sera moins rarement vue qu'on ne l'a dit jusqu'ici; notre expérience à Paris est plutôt conforme à l'opinion de la rareté qu'à celle de la fréquence, mais je dois dire que le traitement local me semble avoir été le plus

efficace, à condition toutefois d'adjoindre des médicaments sédatifs (antipyrine, bromure de potassium, sulfate de quinine).

A. G.

Syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales, par OLIVIER.
(Thèse de Bordeaux, 1888.)

Les accidents tertiaires en se localisant sur l'appareil olfactif peuvent aller d'une simple érosion aux destructions osseuses et cartilagineuses les plus graves pour la vie. La guérison n'est pas toujours facile.

A. G.

PRESSE FRANÇAISE.

De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation, par A. RICARD.
(Gazette des hôpitaux, 23 février 1889.)

Etude anatomique exposée avec beaucoup de précision, avec de nombreuses figures. L'auteur part de ce fait que l'apophyse mastoïde est irrégulièrement constituée au point de vue de l'existence du tissu spongieux et des cellules dites mastoïdiennes, puisque certaines apophyses sont richement pourvues de ce tissu, d'autres médiocrement et quelques-unes enfin n'en possèdent pas, ce qui a fait diviser les apophyses mastoïdes en trois catégories, suivant ces différentes dispositions. Les recherches de Ricard lui ont paru donner la cause de ces irrégularités, qui tiennent, dit-il, à ce que les cellules mastoïdiennes ne sont que les propagations du tissu spongieux existant constamment dans le rocher de l'apophyse mastoïde; aussi propose-t-il le nom de cellules pétreuses ou pétro-mastoïdiennes. C'est à la partie antérieure que ce tissu se trouve le plus abondamment, et c'est là qu'il se continue avec l'autre mastoïdien très voisin, comme on sait, de la caisse. Il s'ensuit que la zone où l'on a le plus de chance de rencontrer ces cellules et de s'écarter des sinus et de l'encéphale est tout à fait en avant; la partie postérieure est ce que Ricard appelle très justement la zone dangereuse.

Partant de là, l'auteur discute le lieu où doit se faire la trépanation; au sommet de l'apophyse, elle n'est pas dangereuse, mais on n'y rencontre pas les cellules; en arrière, elle est fort péril-

leuse ; c'est donc en avant, derrière le pavillon que l'on doit décoller, que devra se faire la trépanation. C'est aussi l'opinion de Duplay. Mais est-il nécessaire de trépaner ? Ricard, à juste titre, ne le pense pas ; il conseille d'opérer très lentement avec la gouge, le maillet, et de terminer avec la curette. Le trépan et le foret lui semblent des instruments inutiles et nuisibles, et il en repousse l'emploi.

A. G.

Recherches acoustiques sur les voyelles nasales, par LÆOVENBERG. (*Bulletin médical*, 17 février 1889.)

L'auteur s'est servi dans ce but du tonomètre de Kœnig, constitué par une longue série de diapasons embrassant toute l'échelle musicale. Voici les résultats comparés à ceux fournis par les voyelles simples :

o, si bémol ³ (896 v.) on, sol ³ (768 v.) ong, si ⁴ (480 v.) a, si bémol ⁴ (1792 v.) an, fa dièze ⁴, près de ang, si ³ (960 v.) e, si bémol ⁴ (3584 v.) en, in, sol ⁴ (1470 v.) au-dessus de sol ³ (3008 v.) eng, si ⁴ (1920 v.) eu, entre fa dièze ³ et sol ³ (728 v.) ou encore ut dièze ⁴ (100 v.) eun, vers la ⁴ (858 v.) eung ou oeng, mi ⁴ (640 v.)

Ces résultats montrent que les nasales françaises des trois premiers groupes (on, an, eu) ont pour sons propres les tierces mineures inférieures des voyelles simples correspondantes.

Les sons nasaux *non français* des mêmes groupes (ong, ang, eng) sont les octaves inférieures de celles-ci, moins un demi-ton ; mais dans la série eu, eun, eung, les intervalles ne sont plus les mêmes que dans les autres trois groupes. Peut-être, dit l'auteur, cela tient-il à la nature intermédiaire du son eu, qui comme u combine la portion linguale d'une voyelle avec la portion buccale d'une autre ; ce seraient des *voyelles mixtes*.

Les résultats obtenus par les nasales non françaises des trois premiers groupes offrent à remarquer que le son propre de chacune de ces voyelles ne diffère que d'un demi-ton à peu près de celui d'une voyelle inférieure dans l'échelle musicale à celle qui correspond à la nasale en question.

A. G.

De la névro-rétinite dans ses rapports avec le vertige auriculaire et certaines maladies de l'oreille interne, par BOUGHUT. (*Paris médical*, 15 juin 1889.)

Notre savant collègue, qui, au temps de son enseignement à l'Hôpital des enfants, attachait une si juste importance à l'étude du fond de l'œil, comme moyen diagnostique des affections mé-

ningées encéphaliques, avait eu aussi l'occasion d'instruire ses élèves de l'utilité que pourrait avoir cette méthode d'examen pour rechercher l'état des méninges et de l'encéphale dans les maladies de l'oreille. Il rappelle les observations qui à ce sujet ont paru dans ses atlas d'ophtalmoscopie médicale et de cérébroscopie. Cette résurrection de ses anciens travaux lui est certainement suggérée par la lecture de travaux modernes étrangers et où l'importance de l'examen ophtalmoscopique est recommandée chez les malades souffrant d'une affection chronique de l'appareil auditif. L'observation qui accompagne l'article du 15 juin a trait à une tumeur développée au niveau des noyaux d'origine du nerf auditif sur le plancher du 4^e ventricule, tumeur d'apparence gliomateuse (l'auteur, il est vrai, ne prononce pas ce nom) et qu'il croit être causée par une névrite ascendante du nerf auditif. Dans cette observation intéressante, l'oreille moyenne était altérée et la description de l'oreille interne n'a pas été faite; quant à la dure-mère et au tissu cérébral voisins de la caisse, ils n'étaient pas lésés.

Dans le n° du 22 juin 1889, Bouchut cite d'autres cas d'otorrhée chronique où l'ophtalmoscope démontra l'existence de neuro-rétinite double, de dilatation de veines rétinienne. Dans un cas de surdité chez une femme de 50 ans, l'auteur observa de l'atrophie du nerf acoustique et des circonvolutions du coin (lobes occipitaux). A la fin de cet article, Bouchut démontre par des faits qu'une affection oculaire peut donner naissance à des troubles auditifs. Il pense que ces faits sont dus à une névrite ascendante pouvant gagner le nerf acoustique.

Nous n'avons pas besoin de montrer l'intérêt de ces questions tant au point de vue du diagnostic, qui peut s'en trouver éclairé, d'une complication cérébrale encore douteuse, que de la pathogénie de certaines surdités se rencontrant dans le cours d'affections oculaires.

A. G.

Syphilome lymphe-chondrique du pavillon de l'oreille, par L. JULIEN. (*Lyon médical*, 26 mai 1889, d'après les *Annales de dermat. et de syphilig.*)

Ce nom a été donné par le chirurgien de Saint-Lazare à une petite tuméfaction étendue, développée chez un jeune homme à la partie supérieure du pavillon, dans la cavité de l'hélice. Cette tumeur peu colorée, peu douloureuse, se développa très précocement trois mois après l'accident primitif, coïncidant avec des troubles cérébraux, et elle guérit en laissant à sa place une

induration sans la transparence habituelle de la peau de l'oreille. Jullien pense que non seulement ici le périchondre a été pris, mais aussi le réseau si riche des lymphatiques de la région, d'où le nom proposé par lui.

A. G.

Extraction d'un projectile inclus dans le rocher, par KIRMISSON. (*Soc. de chirurgie*, séance du 3 juillet, in *Bulletin médical* du 7 juillet 1889.)

Tout d'abord Kirmisson décrit son procédé pour extirper la balle dans un cas où le nerf facial était paralysé et l'écoulement purulent par l'oreille externe constant, et en l'absence de tout signe de méningo-encéphalite : l'opérateur, n'ayant pu extraire le projectile avec des pinces, décolla le pavillon en haut et en arrière, appliqua une couronne de trépan et à l'aide de la gouge et du maillet put retirer presque tout le projectile, dont le reste fut extrait par une autre voie facile à frayer ; à la suite de l'opération, la paralysie s'est atténuée, mais l'écoulement de l'oreille a longtemps persisté. L'auteur recommande cette pratique de la recherche des balles et de leur extraction malgré l'opinion d'autres chirurgiens, Chauvel et Reynier, qui préférèrent ne pas intervenir et eurent à l'appui quelques faits cliniques.

A. G.

Plaies de l'oreille par armes à feu, par TACHARD. (*Soc. de Chirurgie de Paris*, séance du 16 janvier 1889.)

M. Chauvel, membre de la société, fait un rapport sur deux cas de mort, au bout de 4 à 6 jours, avec des phénomènes cérébraux, survenus dans ces conditions, cas observés par l'auteur ; ce dernier conclut à la non-intervention, comme inutile et ne pouvant conjurer l'apparition d'accidents cérébraux aussi rapides. Tel n'est pas l'avis du rapporteur ni des différents membres de la savante compagnie ; Périer, Terrier, Schwartz apportent des faits contraires à cette hypothèse de Tachard. Seul Després prétend que l'intervention n'est pas indispensable, il cite à propos de cette opinion un cas de paralysie faciale qui disparut au bout d'un temps assez long, le malade fut observé pendant 5 ans.

A. G.

Effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par NIMIER. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril 1889.)

L'auteur cite les effets produits par cette cause et qui sont la rupture du tympan, d'où la surdité et les bruits subjectifs et les troubles fonctionnels d'ordre réflexe tels que la pâleur du visage, les nausées, la céphalalgie, les vertiges, les syncopes,

les grimaces, la salivation et des sensations douloureuses dans les dents.

A. G.

Localisation des sensations auditives, par MANOUVRIER. (*Soc. d'anthropol. de Paris; Journal des sociétés scientifiques*, 27 mars 1889.)

L'auteur, qui s'est livré à des recherches sur divers cerveaux de suppliciés, a constaté des altérations d'aspect de la 1^{re} circonvolution temporale (diminution des plis, atrophie, disparition) chez des individus qui avaient été sourds pendant leur vie et dont l'oreille moyenne était le siège de lésions anciennes. En même temps chez des individus ayant présenté ces altérations, on a trouvé un développement considérable des centres visuels du côté opposé (pli courbe) pour suppléer à l'insuffisance de l'audition. Les mouvements des muscles des membres du côté opposé à la surdité étaient aussi favorisés par des centres plus parfaits que d'habitude. Tel était le cas du D^r Bertillon, qui était sourd d'un côté et à l'autopsie duquel le D^r Manouvrier a entrepris des recherches fort intéressantes à ce sujet. A. G.

Physiologie du pavillon de l'oreille, par CH. FÉRÉ ET LAMY. (*Soc. anatomique*, avril 1889, in *Bulletin médical* du 21 avril 1889.)

Les auteurs, en approchant un diapason vibrant de l'oreille, après avoir constaté le maximum de perception au niveau du méat, ont observé au niveau de certaines parties du pavillon, le tragus, l'anthelix, le bord supérieur de l'hélix et l'antitragus, la disparition de ces vibrations. Ce phénomène, purement physique, semblerait jouer un rôle dans l'orientation, au moins à courte durée.

A. G.

Altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge, par A. NETTER. (*Soc. biologie*, séance du 20 avril, in *Bulletin médical* du 24 avril 1889.)

Netter signale la fréquence des otites moyennes chez des enfants nouveau-nés; il a constamment trouvé ces lésions dans 20 cas avec autopsie sur des enfants assistés, chez des enfants de 9 jours à 2 ans. Après cet âge l'otite est moins constante. L'exsudat de la caisse est formé de pus ou d'un mélange de pus et de sérosité, quelquefois il est muqueux. L'auteur a toujours trouvé soit le streptococcus pyogène, soit le staphylococcus pyogène, soit le pneumococcus. Toutes ces otites étaient bilatérales. L'auteur est fort embarrassé pour donner l'explica-

tion de cette vulnérabilité de l'oreille moyenne du premier âge ; il en offre plusieurs explications.

A. G.

Communication à propos de 2 cas d'exostose du conduit auditif externe, par JACQUEMART. (*Revue de laryngol. et d'ot.*, nov. 1889.)

L'auteur cite des cas d'exostose du conduit auditif externe chez des adultes. Il attribue l'origine de ces tumeurs au traumatisme chez des herpétiques, il guérit ces deux cas par l'emploi de la galvanocaustique.

A. G.

Gliôme de la protubérance intéressant les orifices du nerf facial auditif glosso-pharyngien et hypoglosse, par H. RENDU. (*France médicale*, 11 mai 1889.)

Nous n'extrairons de cette importante observation que la partie qui peut intéresser les lecteurs de ce recueil, c'est-à-dire les altérations du nerf auditif. « Quand on examine la protubérance par la face supérieure ventriculaire, on constate la lésion suivante : le plancher du 4^e ventricule est soulevé dans sa moitié gauche par la tumeur, qui se présente sous la forme d'une surface bosselée, de couleur gris rosé, très vasculaire. Elle occupe toute la moitié supérieure du 4^e ventricule, commençant au-dessous du *locus cæruleus*, englobant l'*éminence teres* (laquelle correspond à l'orifice du facial) et atteignant son maximum d'épaisseur au niveau des *barbes du calamus*, qui sont aplaties et dissociées, beaucoup moins nettes que du côté droit. L'effacement des *bandelettes auditives* correspond bien à la surdité qui, chez le malade, s'était montrée à titre de symptôme précoce. » Plus loin, l'examen histologique fait par Chartier montre que la prolifération nucléaire a détruit les cellules nerveuses des noyaux d'origine des nerfs facial, *acoustique* et glosso-pharyngien.

A. G.

De l'influence des excitations du trijumeau et d'un sens sur les perceptions sensorielles, par URBANSCHITCH. (*Bulletin médical*, 9 janvier 1889.)

L'auteur fait allusion au début de son ouvrage aux travaux des physiologistes français, Féré, Duval, D'Arsonval, qui se sont occupés de l'influence réciproque de l'ouïe sur la vue, et il étudie ce sujet, qu'il divise en plusieurs chapitres. Dans le premier, *influence des excitations du trijumeau sur les perceptions sensorielles*, il montre l'augmentation et la diminution de la faculté

visuelle à la suite des excitations auriculaires. Ces symptômes suivent de près ou immédiatement l'action de l'excitant, et ils surviennent d'autant plus aisément que l'organe excité est plus défectueux. Urbanschitch croit que les branches du trijumeau de l'oreille externe et moyenne sont en ce cas les agents de conduction des excitations. On a observé quelquefois dans ces cas l'amélioration de la vue au moment du passage d'une sonde dans la trompe d'Eustache, et cette amélioration persista, mais ce fait n'est qu'exceptionnel ; habituellement la modification visuelle est de courte durée. L'excitation peut aussi se porter sur l'œil opposé. Ce n'est pas seulement sur le sens de la vue que peut porter l'excitation sensorielle, le goût et l'odorat peuvent être influencés, et même la température de la peau de la face, dans les environs surtout de l'organe auditif.

Dans le 2^e chapitre, de *Influence de l'excitation unilatérale d'un sens sur les perceptions de ses congénères*, l'auteur montre la facilité avec laquelle l'excitation unilatérale d'un sens retentit sur l'autre, que ce soit sur l'ouïe, la vue, le goût ou l'odorat ; du reste cette influence réciproque d'un côté sur l'autre est nécessaire pour la perception de la sensation.

Dans le 3^e chapitre, *influence de l'excitation d'un sens sur les perceptions des autres sens*, l'auteur envisage surtout les phénomènes de l'audition colorée, où il montre que les couleurs sont inégalement perçues par la rétine suivant que les sons sont aigus et graves. Les excitations auditives ne retentissent pas seulement sur la vue, mais sur l'odorat, le goût, le toucher, etc. La réciproque est vraie aussi, et la perception des diverses couleurs renforce ou diminue les fonctions auditives. Les bruits subjectifs subissent aussi, de ce fait, des modifications appréciables. Même influence est observée de la part des couleurs sur l'odorat et le goût, et réciproquement de ces sens sur la vue.

Dans un dernier chapitre, Urbanschitch étudie l'influence du son sur l'apparition subjective de couleurs qui n'existent pas en réalité devant l'observateur. Ces *photismus*, comme il les appelle, varient suivant le degré d'excitation et la force vibrante des instruments employés.

A. G.

Otite moyenne purulente chronique chez les alcooliques, par
NOQUET. (*Revue de laryngologie, etc.*, 1 et 2, 1889.)

L'intérêt de ce travail, fait d'après plusieurs observations, est dans l'évolution rapide de ces otites, dans l'envahissement des centres nerveux, dans l'étendue des désordres sous l'in-

fluence de l'alcoolisme, qui, dans ces affections, comme dans celles d'autres organes, a une influence déplorable sur la marche de la maladie.

A. G.

Otite moyenne aiguë observée chez un lépreux; examen du nez du pharynx et du larynx, par WAGNIER. (Extr. des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1883.)

Malade du service du professeur Leloir, de Lille, dont les oreilles furent le siège d'une lésion bilatérale, caractérisée par la présence de croûtes dans le conduit auditif, reposant sur un fond infiltré et rosé; même état de la membrane du tympan, qui est même perforée d'un côté, avec présence de pus dans la caisse. Sous l'influence de soins appropriés des deux côtés, les bourdonnements, la douleur, disparurent et les troubles auditifs s'atténuèrent. Du côté du nez, lésions analogues à celles de la rhinite atrophique; au larynx, épiglottite et cordes vocales, infiltrations et petites tumeurs grisâtres. Ce que l'auteur retient de cette observation est la guérison de l'otite moyenne malgré la mauvaise qualité du terrain morbide, et de ce côté il y aurait analogie avec ce que le professeur Leloir a observé chez le lépreux, c'est-à-dire la facilité de cicatrisation des lésions d'orifice traumatique ou inflammatoire.

A. G.

Otite moyenne aiguë avec exsudat, paracentèse, examen micro-biologique, par H. CHATELLIER. (*Soc. Anat.*, novembre 1888, 5^e série, 2, II.)

L'auteur n'a rencontré dans ses recherches que les staphylococcus albus et aureus; il n'a constaté la présence ni de pneumocoque ni de streptocoque; le liquide de la caisse avait été recueilli aussitôt après la paracentèse.

A. G.

Surdités héréditaires, par BOUCHERON. (*Bulletin médical*, 5 décembre 1888.)

Sous ce titre, l'auteur met en garde les enfants de sourds contre l'infirmité qui les menace, en recommandant de soigner tout particulièrement les affections chroniques de la gorge et de l'arrière-gorge, ainsi que de surveiller attentivement les cavités nasales dans le cours des différentes maladies. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces soins si vulgarisés et si connus. Dans le cours de cette étude, Boucheron recommande de ne pas hésiter à faire la mobilisation de l'étrier quand les insufflations ne produisent plus d'effet, pour éviter la destruction du nerf auditif.

A. G.

Surdité unilatérale incomplète consécutive aux oreillons, par MOURE. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

Deux cas de surdité unilatérale et incomplète; dans un cas la lésion semblait d'après l'examen exister à l'appareil de transmission, et l'auteur croit, bien que l'examen du tympan ne révélât aucune lésion apparente, qu'il devait y avoir un exsudat dans la caisse, ayant eu pour résultat de supprimer le jeu des fenêtres, d'où l'explication de l'irréremédiabilité de la surdité.

A. G.

Deux cas de mastoïdite guéris par les cautérisations au thermocautère, par LACONNET. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

L'auteur propose de remplacer l'incision de Wilde au bistouri et au thermocautère par l'application de pointes de feu. Deux observations à l'appui.

A. G.

Surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive, par MINOS. (*France médicale*, 10 et 12 janvier 1889.)

L'auteur, élève du professeur Fournier, s'est inspiré dans cette étude des leçons du savant professeur. C'est à l'âge de 15 à 20 ans qu'éclate le plus souvent cette forme aussi insidieuse que rapide de la maladie. Le sexe féminin est bien plus fréquemment atteint que le masculin, dans la proportion de 5 contre 1. Quant au siège de ces lésions, il est excessivement difficile à définir, est-ce le limaçon, est-ce le nerf auditif, est-ce le plancher du 4^e ventricule? l'auteur pense avec son maître que les autopsies n'ont pas été très démonstratives, l'anatomie pathologique serait donc le côté faible de cette partie de la pathologie auditive. L'apparition de la surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive est insidieuse, les deux côtés sont ordinairement envahis simultanément, et aucun traitement jusqu'ici, dit l'auteur, n'a pu enrayer la marche de cette affection. A. G.

Épithélioma du pavillon de l'oreille, par HEURTAUX. (*Soc. anat. de Nantes*, 13 mars 1889, in *Gazette méd. de Nantes*, 9 avril 1889.)

Présentation à cette société d'un épithélioma du pavillon de l'oreille gauche adhérent aux parois du conduit auditif, dont on dut faire le grattage et qui avait envahi la glande parotidienne, dont une partie fut enlevée.

A. G.

Une observation d'audition colorée, par PAUL RAYMOND. (*Gaz. des hôpitaux*, 2 juillet 1889.)

A propos d'une observation de ce genre, l'auteur recherche et discute les causes de production de ce bizarre phénomène; il n'admet pas qu'il ne se produise que par une communication des fibres auditives et des centres optiques, car le signe peut se produire sans l'ébranlement auditif, rien que par une représentation mentale. Il est certain que l'explication physiologique uniforme sera toujours fort difficile à présenter; la raison du rôle que peuvent jouer diverses autres causes et les troubles de la circulation, sous l'influence d'un état nerveux, pourraient maintes fois, comme l'a supposé Féré, suffire à expliquer l'apparition de ce singulier symptôme.

A. G.

Dilatation de la trompe d'Eustache, par MÈNIÈRE. (*France médicale*, 2 avril 1889.)

La conclusion de l'auteur est que l'emploi des bougies en gomme, pour dilater les trompes qui sont le siège de rétrécissements vrais ou faux, est un procédé absolument bon et exempt de dangers. Les sondes employées ne doivent pas être trop minces, 1^{mm},5 à 2 millimètres environ. Le topique le plus souvent employé a été la teinture d'iode.

A. G.

Du thermocautère dans la périostite mastoïde, par MÈNIÈRE. (*Gazette des hôpitaux*, 28 février 1889.)

L'auteur propose de remplacer l'incision de Wilde par ce moyen, qu'il emploie habituellement et dont il se loue beaucoup.

A. G.

Des ulcérations non traumatiques de la trachée, par VALETTE. (*Gazette des hôpitaux*, 10 août 1889.)

Cet article fait partie de la collection des *Revue générale* que la *Gazette des hôpitaux* fait paraître depuis quelque temps sur les différentes questions de la science médicale. Les ulcérations qui font l'objet de ce travail sont de trois origines : tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques; je n'ai rien à dire touchant le cancer et la syphilis, la description de ces lésions étant la conséquence des recherches de l'auteur dans la littérature médicale, recherches qui me semblent très complètes. Dans le chapitre des ulcérations tuberculeuses de la trachée, l'auteur cite une observation personnelle très détaillée qui lui permet avec raison d'admettre l'existence de la trachéite tuberculeuse primi-

tive : c'est la partie originale de cette revue, qui sort par cela seul du cadre d'une simple revue générale. A l'aide de cette observation, il trace le tableau de cette trachéite, douleur rétro-sternale violente, oppression croissante, accès de suffocation entraînant la mort. L'auteur, qui, dans la description du cancer de la trachée, faite d'après les laryngologistes, fait jouer justement un rôle capital à l'examen laryngoscopique, n'a pas pensé, dans la description de la tuberculose trachéale, à donner à ce moyen d'exploration le rang qui lui est dû. Il est possible, en effet, d'appuyer le diagnostic sur ce mode d'examen, ce qui n'est pas facile pour la syphilis, où le siège est très bas, le plus ordinairement. L'examen laryngoscopique n'a pas été fait dans le cas de Valette, et il est bien probable que l'aspect de la glotte eût pu lui donner l'explication des violents accès de suffocation : ne lit-on pas dans l'observation que les ganglions de la chaîne trachéale et les autres étaient intéressés, et les nerfs récurrents lésés ou comprimés. Valette préfère expliquer par la compression d'une grosse bronche les accès d'oppression ; nous ne partageons pas son opinion, et nous inclinons à croire que l'adénopathie trachéo-bronchique a été le point de départ des accès de suffocation, c'est un point que l'examen laryngoscopique seul aurait pu trancher. Aussi, contrairement à ce que pense l'auteur, nous croyons que l'adénopathie trachéo-bronchique ne doit pas être éliminée ; du reste, quelques lignes plus bas, il fait quelques réserves. A. G.

Manifestation laryngée de la syphilis héréditaire précoce
par A. SEVESTRE. (*Progrès médical*, 18 mai 1889.)

Après avoir constaté historiquement la rareté de la description de ces manifestations, l'auteur, à l'aide d'un mémoire de J. Mackenzie, de Baltimore, et de quelques observations personnelles recueillies seulement au bout d'un séjour de quatre ans à l'hospice des enfants assistés, fait la description de ces altérations. Dans deux autopsies avec examen microscopique, il montre aux cordes vocales inférieures, aux ventricules, et aux cordes vocales supérieures l'existence d'ulcérations à siège variable. Le tissu morbide détruit les parties normales, il est composé dans ses deux cas de cellules embryonnaires, traversées par de nombreux vaisseaux dont le calibre est augmenté. Dans la suite de son article consacré à la clinique, il cite trois observations, dont deux avec guérison : il attire l'attention sur la disproportion qui peut exister entre les lésions laryngées et leur expression symptomatique, assez violente pour faire croire à l'existence d'une al-

taque de croup. Ces accidents observés chez des jeunes enfants de la naissance à deux ans peuvent guérir, quelquefois assez rapidement, mais ils peuvent laisser, d'après Fournier, des suites qui peuvent être périlleuses pour l'avenir, au cas où se produirait quelque affection tombant si facilement sur le larynx dans l'enfance.

A. G.

Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches, par MAURIAC.

(*Archives générales de médecine*, décembre 1888.)

Ce mémoire termine l'étude de la syphilis tertiaire des premières voies aériennes : celle du larynx a été analysée dans les *Annales* de janvier 1889. La syphilis trachéo-bronchique est un accident habituellement contemporain de la syphilis laryngienne tertiaire, mais elle peut être isolée et présente une gravité beaucoup plus grande, et elle intéresse l'existence sans qu'on puisse avoir les ressources de la trachéotomie. La trachée peut être envahie soit en haut, soit en bas, soit au milieu ; c'est en bas, d'après toutes les statistiques, que siège le plus souvent l'affection. Les bronches intéressées en même temps peuvent quelquefois l'être isolément, soit simultanément, soit séparément. Quant aux lésions, elles n'ont rien de particulier, c'est l'infiltration d'abord plus ou moins étendue, puis les ulcérations et les propagations de voisinage. Les diverses tuniques de l'arbre aérien sont détruites, et il ne reste plus que la tunique fibreuse augmentée de volume ; aussi le calibre aérien n'est-il plus béant, et sous l'influence de la respiration il s'affaisse aisément, ce qui est une cause de dyspnée. Les cicatrices succèdent aux tuméfactions et aux ulcérations, et cette succession anatomo-pathologique imprime à la symptomatologie deux phases cliniques qui peuvent ne pas se succéder immédiatement. Le danger de la seconde phase est peut-être plus dangereux que celui de la première. L'ulcération trachéale affecte quelquefois le caractère phagédénique et peut s'étendre alors dans une grande étendue.

Voici quels sont, d'après Mauriac, les signes caractéristiques de la syphilis tertiaire de la trachée et des bronches :

1° Douleur contractive sur le trajet de la trachée ou derrière le sternum ; 2° cornage fort bruyant ayant son maximum d'intensité au-dessous du larynx ; 3° conservation de la voix ; 4° intégrité de l'organe vocal ; 5° abaissement du larynx qui peut se trouver derrière le sternum, par suite du raccourcissement cicatriciel de la trachée.

Il y a des cas où le diagnostic est fort difficile, quand les

bronches sont seules intéressées ; alors il est bien aisé de confondre la maladie avec la tuberculose pulmonaire, d'autant plus (*l'auteur ne le dit pas, mais nous l'avons observé*) que la tuberculose peut se greffer sur la maladie antérieure.

Indépendamment du parenchyme pulmonaire, la lésion peut envahir les ganglions et vaisseaux voisins.

Au pronostic, Mauriac dit avec raison que ces accidents pourraient être facilement enrayés, à condition d'établir dès le début un traitement très énergique ; c'est ce que nous avons déjà établi dans des conclusions que nous avons lues au Congrès de l'Association française à la Rochelle, en 1883, sur la syphilis trachéo-laryngienne. A ce propos nous avons cité des cas de guérison très rapide, dix à quinze jours, et la guérison s'était maintenue. Nous n'avons pas vu ce travail relaté dans la bibliographie de notre savant collègue.

Mauriac conseille très justement le traitement mixte, il est vrai que le traitement iodurique ou mercurique très vigoureusement administré donne aussi d'excellents résultats. A. G.

Laryngite traumatique, rupture probable de quelques fibres musculaires du thyro-aryténoidien interne. Voix cassée, par LACARRET. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

Sous l'influence d'efforts, la corde vocale peut être le sujet de traumatismes variés : 1° les hémorrhagies en nappe ou en bosse, susceptibles de guérir par le repos et presque sans traitement ; 2° les ruptures musculaires dont l'auteur cite un cas (qu'il croit, dit-il, devoir bien être causé par cet accident) ; les signes sont : début brusque, encoche vers le bord de la corde vocale, circonscrite par de véritables saillies au bord ; le pronostic, dit Lacarret, est sérieux, car la voix reste toujours altérée et l'aspect laryngoscopique ne se modifie pas. A. G.

Aphonie nerveuse « à frigore » chez un enfant, par PEYRISSAC. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889).

Enfant de 13 ans : examen laryngoscopique, le premier, état catarrhal, aspect des cordes, triangle isocèle à base limitée par les deux aryténoïdes ; sous l'influence de l'examen laryngoscopique, retour de la voix. L'auteur fait observer que l'aphonie nerveuse est rare surtout chez les garçons, elle est moins rare chez les filles ; nous venons du reste, à la clinique de l'hôpital Lariboisière, d'observer deux cas de ce genre, chez des fillettes de 12 à 13 ans. A. G.

Différents aspects d'épiglottes normales vues au laryngoscope, par AUDUBERT. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

L'intérêt de ce travail est surtout dans la publication de quatre planches représentant vingt types d'épiglottes anormales. A. G.

Infiltration gommeuse de la bande ventriculaire droite, par LACQARRET. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, juillet 1889.)

Observation intéressante que l'auteur a le tort de considérer comme une localisation rare de la vérole tertiaire du larynx. Nous l'avons souvent observée avec l'appareil dyspnéique intense cité dans le cas observé à la clinique du Dr Moure. Tout dernièrement encore nous avons vu quatre cas de ce genre, dont trois chez des femmes et un chez un homme. Dans un cas la trachéotomie fut pratiquée. Il est bien probable que ce sont ces cas qui ont été décrits par le Dr Mauriac sous le nom de paralysie des dilatateurs de cause tertiaire. Les observations du Dr Mauriac ont été remarquables, comme les nôtres et comme celle de Lacoarret, par la rapidité de la guérison des accidents. Les laryngoplégies tertiaires ne disparaîtraient pas avec cette facilité, si elles disparaissaient, ce qui est peu prouvé. A. G.

Lupus du voile du palais, du pharynx et du larynx, par NATIER. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, juillet 1889.)

Consécutif au lupus de la face, le lupus des voies respiratoires supérieures fut amélioré par les pansements à l'acide lactique. A. G.

Du faux croup, par E. MARTEL. (*Revue internat. des sciences médicales*, avril 1888.)

L'auteur propose une nouvelle théorie de la pathogénie de la laryngite striduleuse, dont le siège serait pour lui une irritation ou une lésion de la région aryénoïdienne; il s'appuie pour étayer cette théorie sur la provocation facile de la toux quand on touche cette région, et sur la facilité avec laquelle on éloigne les accès quand on la touche avec une solution de coëïne. A. G.

Hémiatrophie laryngée sans paralysie motrice appréciable chez une syphilitique atteinte d'hémiatrophie de la langue du même côté, par RUAAULT. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, juin 1889.)

Observation d'une femme de 26 ans, atteinte de syphilis ter-

tieure du pharynx et de la langue et qui deux mois après eut de l'hémiatrophie gauche de la langue et de l'hémiatrophie du larynx du même côté, sans paralysie de la corde vocale de ce côté et sans trouble de la voix. L'auteur pense qu'à côté des paralysies bulbaires, causant la paralysie et l'atrophie du larynx, il y a lieu de faire une place aux atrophies sans paralysie préalable. A. G.

Un cas de fixation de la corde vocale gauche sur la ligne médiane avec enrouement dû à un petit néoplasme, par J. SOLIS-COHEN. (*Revue de laryng. et d'ot.*, n° 6, 1889.)

L'auteur cite un cas de ce genre accompagné de l'existence d'un petit papillome de la corde vocale. Après l'opération laryngienne, l'enrouement disparut, mais la position de la corde subsista. La tumeur était fixée sur la face supérieure de la corde, en arrière de l'extrémité antérieure de l'aryténoïde. A. G.

Myxome hyalin de la corde vocale inférieure droite, par EEMAN. (*Revue de laryng.*, etc., de MOURE, n° 3, 1889.)

Tumeur du tiers antérieur de la face supérieure de la corde vocale droite, du volume d'un gros pois, semi-transparente et finement vascularisée. Consistance molle. *Diagnostic* : kyste. La tumeur est enlevée avec la pince de Fauvel. L'examen microscopique pratiqué par le Dr van Dreyse montre qu'il s'agit ici d'un *myxome typique*. A ce propos, l'auteur croit que bon nombre de diagnostics de kyste laryngés sont sujets à caution, et il suppose que souvent, faute d'examen microscopique, il y aurait lieu de supposer l'existence du myxome, et bien que cette variété de tumeur passe pour être rare, il croit que la cause de cette rareté doit tenir à ce motif. A. G.

Physiologie de la trachée et des bronches, déductions pathologiques et pathogéniques, par NICAISE. (*Congrès français de chirurgie*, 1889.)

Les expériences de Nicaise ont été commencées il y a onze ans. A l'état de repos, les anneaux de la trachée sont en contact, la portion membraneuse est contractée et la muqueuse fait une saillie dans le conduit. Cette contraction est due à l'action continue du tissu musculaire de la portion membraneuse. Quand la respiration est forte, et que l'animal crie et gémit, la trachée s'allonge ; pendant l'inspiration le larynx monte, il descend dans l'expiration. L'auteur a produit des tracés qui démontrent les variations de pression intra-trachéale, et c'est cette pression at-

mosphérique intra-trachéale qui produit la dilatation qui est favorisée par le mouvement d'allongement de la portion membraneuse. Mêmes observations pour les bronches extra-pulmonaires. Les bronches intra-pulmonaires s'allongent dans l'inspiration et se raccourcissent dans l'expiration, à ce dernier moment il peut y avoir affaissement des alvéoles pulmonaires.

L'auteur explique de la sorte la dilatation du cou chez les chanteurs pendant l'émission du son, la formation des trachéocèles, la dilatation des bronches, la rupture de la trachée pendant les efforts violents. Ce sont ces changements brusques de volume qui provoquent, sous forme de jets, la sortie brusque des crachats, du pus, du sang.

A. G.

Corps étranger des voies aériennes, par JALAGUIER. (*Soc. de chirurgie*, 13 mars, in *Bulletin médical*, 17 mars 1889.)

Il s'agit d'une amande tombée dans les voies aériennes depuis plusieurs jours; le corps étranger mobile remontait de temps en temps vers la glotte, déterminant des accès de suffocation. La trachéotomie fut pratiquée et le corps étranger put être extrait par la plaie trachéale.

L'observation ne mentionne pas si l'examen laryngoscopique fut fait.

A. G.

Hypertrophie diffuse fibreuse de la muqueuse laryngée, nature des végétations préaryténoidiennes observées chez les phthisiques, par LUC. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, février 1889.)

Très intéressant mémoire où l'auteur étudie, après Hunermann et Heryng, une forme de laryngopathie limitée à la région aryténoidienne, c'est-à-dire à une région où l'épithélium pavimenteux est abondant et où les glandes sont fort rares ou absentes. Cette laryngopathie étalée et proéminente dans cette région peut être la suite du catarrhe rhino-pharyngo-laryngé, ou bien elle peut survenir chez les tuberculeux en se recouvrant de végétations et de fissures. Toutefois le tissu n'est pas celui de la tuberculose. En un mot, chez les premiers malades il peut exister un doute pour le diagnostic de l'affection. Chez les phthisiques on se trouve en présence d'une lésion susceptible d'être enlevée et dont l'ablation peut avoir des conséquences favorables au rétablissement de la phonation et de la respiration. A. G.

Trois cas de diphthérie laryngée guérie par l'intubation du

larynx, par JACQUES. (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1889.)

L'auteur, qui fit sa thèse inaugurale sur ce sujet en 1888, cite trois cas, l'un chez un enfant de 31 mois, et les deux autres chez des enfants de 6 ans et demi. Chez les trois l'intubation fut faite aisément après avoir pris la précaution d'installer un ouvre-bouche et de ne le retirer qu'après l'introduction du tube; puis on retira le fil de sûreté et le tube resta en place de cinq à sept jours sans être altéré. En même temps des lavages rhino-pharyngiens furent pratiqués. L'auteur n'a vu aucun inconvénient de ce traitement dont il est un déterminé partisan. Il pratique l'alimentation au début, au moyen de la sonde introduite par le nez.

A. G.

Fistule trachéale. Occlusion par un procédé spécial, par BERGER. (*Bulletin médical*, 3 novembre 1889. *Soc. de chirurgie de Paris*, 30 octobre 1889.)

M. Berger a eu l'occasion d'opérer cette année deux malades atteints de fistule trachéale et d'obtenir chez eux l'occlusion de l'orifice par un procédé particulier, que je désire vous soumettre.

L'un de ces malades a déjà été présenté à la Société, en juillet dernier, par M. Gouguenheim; il était porteur d'un rétrécissement syphilitique du larynx, que le cathétérisme était parvenu à dilater notablement, et d'une fistule trachéale, consécutive à une trachéotomie pratiquée cinq ans auparavant. Comme son intention était de lui obturer cette fistule, M. Després invoqua quelques faits qu'il avait observés, pour s'élever contre une pareille restauration, en alléguant que la guérison du rétrécissement ne reste pas définitive, et qu'un jour ou l'autre on est obligé de rouvrir la trachée. Dans quelques instants, ce malade sera présenté, et M. Després pourra se convaincre qu'il en est autrement que ce qu'il avait pensé. A la suite de l'opération, il fallut combattre une fistulette, qui fut opérée deux mois plus tard, et dont la guérison par l'avivement et la suture furent obtenues aisément.

Depuis, on a fait plusieurs séances de cathétérisme pour entretenir la dilatation, et actuellement, tout en restant à moitié aphone, ce qui n'a rien à voir avec l'opération favorable qui a été exécutée, ce malade respire sans aucune gêne et est dans un excellent état de santé. Chez l'autre opéré, il existait également une fistule plus petite, mais de date beaucoup plus ancienne, la

trachéotomie lui ayant été faite par M. Richet il y a dix-neuf ans. On obtint la guérison par première intention, et depuis lors aucun trouble de la respiration ne s'est montré.

Dans ces deux cas, ne pouvant songer à rapprocher les lèvres de la trachée, ni à faire une autoplastie trachéale, on eut recours au procédé suivant, comprenant deux plans de sutures :

On circonscrit d'abord l'orifice fistuleux au moyen de deux incisions semi-elliptiques tracées à 15 ou 20 millimètres de l'ouverture; cela fait, cette collerette est disséquée de la circonférence vers le centre et bien libre jusqu'au niveau de l'orifice, dans lequel on l'invagine après l'avoir retournée; les surfaces cruentées se trouvent ainsi en rapport l'une avec l'autre et sont maintenues dans cet état par des points de suture. La réunion profonde ainsi assurée, on prolonge les angles inférieur et supérieur des incisions primitives, puis latéralement, au moyen de deux incisions libératrices; on immobilise les téguments qui sont réunis ainsi facilement sur la ligne médiane par des crins de Florence. Cette opération ne présente aucune difficulté et on a réussi deux fois à obtenir la fermeture de fistules assez rebelles aux autres traitements.

Cancer du larynx, par DEMONS. (*4^e Congrès français de chirurgie*, Paris, séance du 12 octobre 1889.)

Le malade, opéré il y a deux ans et quatre mois, d'une extirpation totale du larynx, est dans un excellent état de santé. Il respire très bien et peut se faire comprendre. A. G.

Extirpation du larynx, par L. LE FORT. (*Bulletin médical*, 25 juillet 1888.)

De l'étude comparative des extirpations totales et partielles, et de la trachéotomie simple, l'auteur, après une étude minutieuse de tous les cas connus, conclut à donner la préférence à la trachéotomie, après laquelle la survie a été beaucoup plus longue, et à repousser absolument l'extirpation, qui n'est qu'une véritable nécrologie, sinon immédiatement, au moins après une récurrence très prompte. A. G.

Deux cas de tubage du larynx, par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. (*Revue mensuelle de laryng. et d'otol.*, n° 15, 1889.)

L'auteur cite deux cas de diphthérie, le frère et la sœur, le premier âgé de 3 ans, la seconde de 7 ans. Le tubage, pratiqué *in extremis* chez le premier, rappela la respiration et la connaissance; mais l'enfant, trop intoxiqué par le mal, succomba néan-

moins; chez la seconde, le procédé de traitement réussit fort bien, le tube fut retiré au bout de six jours, au bout de douze jours elle fut hors de danger; l'auteur a pratiqué 28 fois le tubage, toujours dans la période asphyxique et alors que la mort était proche, sept fois les malades ont guéri; il est persuadé que le tubage remplacera très avantageusement la trachéotomie, chaque fois qu'on se décidera à ne pas l'appliquer trop tard. A. G.

Polype du larynx, du volume d'une grosse noix, extirpation endo-laryngée, par R. BOTEY. (*Revue de laryngol. et d'otol.*, n° 11, 1889.)

Le Dr Botey, de Barcelone, cite un cas intéressant, développé en deux ans, d'une taille exceptionnelle et qu'il opéra en deux séances; dans la première, il sectionna avec le couteau galvanique une partie de la tumeur, dans la seconde séance il retira avec l'anse galvanique le reste de la tumeur qui avait son pédicule aux deux tiers antérieurs de la corde vocale droite et au ventricule du même côté. En quinze jours le malade fut guéri. Examen histologique : fibro-mixome télangiectasique; description : cellules épithéliales pavimenteuses à la surface, puis papilles semblables à celles du papillome, tissu cellulaire entrecroisé avec du tissu muqueux, tissu muqueux avec gros vaisseaux gorgés de sang. L'examen du pédicule montre l'existence de tissu fibreux presque uniquement.

La tumeur avait 33 millimètres de long sur 29 de large, et elle obstruait presque complètement l'entrée du larynx. A. G.

La mort subite dans les maladies graves du larynx, par R. BOTEY. (*Revue de laryng. et d'otol.*, nos 17 et 18, 1889.)

L'auteur cite quatre cas de sa clientèle, un anévrysme de l'aorte avec paralysie du récurrent gauche, deux cancers, un tuberculeux, qui succombèrent subitement sans que le dénouement fût accompagné d'autres signes; les malades tombèrent et moururent, ou bien on les trouva morts dans leur lit sans que les personnes couchées dans la même chambre et même dans le même lit se fussent aperçues de rien. C'était, dit l'auteur, qui est Espagnol, un vrai coup de garrot. Botey pense que la compression des récurrents par les ganglions que nous avons décrits est la cause des accidents. Nous sommes certainement de son avis, la compression des récurrents au point quelconque de son sujet est un danger permanent pour les malades tuberculeux ou nerveux. A. G.

Un cas d'ictus larygé, par GAREL. (*Revue de laryngol. et d'otol.*, n° 11, 1889.)

Notre ami le Dr Garel a envoyé à la Société française de laryngologie et d'otologie ce fait intéressant, qui n'avait pas figuré à notre compte rendu du numéro de juillet 1889, l'auteur étant absent et n'en ayant point donné lecture. Son malade, âgé de 42 ans, gouteux, obèse et alcoolique, est sujet aux bronchites. Quand les quintes sont trop violentes, il devient cyanique, et l'ictus se produit en même temps que se montrent des convulsions cloniques, bilatérales, plus prononcées du côté droit. Le larynx est assez sensible à la pression. Garel passe en revue les théories explicatives de l'ictus qui se produit dans des circonstances morbides différentes. L'excitation du nerf laryngé supérieur et une action réflexe consécutive seraient les voies de transmission de l'attaque, mais le spasme glottique et l'asphyxie consécutive, en déterminant une congestion encéphalique, lui paraissent aussi contribuer à produire l'ictus, et tel était le cas de sa malade. Garel recommande la cocaïne, qui a bien réussi entre ses mains.

A. G.

De la chloroformisation dans la trachéotomie pratiquée chez les enfants, par T. WEISS. (*Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1888.)

Plaidoyer en faveur de cette méthode employée par l'auteur avant la discussion de la Société de chirurgie et usitée depuis plus de vingt ans à l'ancienne École de Strasbourg. A l'appui de cette méthode, l'auteur produit quelques observations. Toutefois il fait quelques réserves sur l'opportunité de cette pratique, qui n'est plus fort sûre lorsque la trachéotomie a été différée trop longtemps.

A. G.

Des tumeurs tuberculeuses du larynx, par CARTAZ. (*France médicale*, 12 et 14 mars 1889.)

Sous ce nom, Cartaz décrit à peu près ce que Tissier et moi avons dénommé phthisie laryngée primitive pseudo-polypeuse. Cette affection, à peu près inconnue et dont n'existaient guère avant notre description que quelques observations éparses que nous avons rassemblées au moment où nous écrivîmes notre traité de la phthisie laryngée, a fait l'objet d'un mémoire inséré l'année dernière dans les *Annales* et extrait de notre livre au moment de sa publication. Cartaz a surtout en vue dans sa description les tumeurs franchement tuberculeuses. Quant au desi-

deratum qu'il émit à la fin de son mémoire, nous y avions déjà songé, car, un peu après la publication de notre livre, nous avons inoculé des papillomes existant chez une tuberculeuse à un cobaye qui, au bout de quelques mois, succombait tuberculeux.

A. G.

Tumeur des replis aryténo-épiglottiques, par MonCORGÉ. (*Lyon médical*, 21 juillet 1889.)

L'auteur, interne du service de D. Mollière, de Lyon, rapporte le cas d'une tumeur du larynx du volume d'une noisette et développée en une dizaine d'années. La parole et le chant étaient conservés, mais légèrement voilés. Garel, qui examina le malade, découvrit le siège de la tumeur, qui était sur le repli ary-épiglottique droit et fermait l'entrée du larynx. La tumeur fut enlevée au moyen de l'anse galvanique. La tumeur sera examinée ultérieurement. A la suite de ces opérations le malade conserva des accès de suffocation. D. Mollière rappelle à ce sujet un mémoire de Blanc dans lequel on nota avec la conservation à peu près intégrale de la voix des accès de suffocation et de l'anémie par voie respiratoire. L'extirpation de ces tumeurs dissipa tous ces accidents.

A propos de cette communication fort intéressante, nous rapporterons des cas semblables comme siège, mais non de même origine, observés par nous chez des syphilitiques et des tuberculeux de tumeurs solides formées par une inflammation chronique de la muqueuse, implantés soit sur un repli ou soit à la partie supérieure de la corde vocale supérieure, tumeurs développant, comme chez les malades de Blanc, des accès de suffocation qui disparurent après l'extirpation. Pour extirper ces tumeurs, nous ne nous sommes pas servis de l'anse galvanique, mais d'emporte-pièce ou de grandes pinces coupantes, qui avaient été construits sur notre demande par R. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

A. G.

Emphysème cutané de la face, du cou et de la poitrine dans un cas de diphthérie grave, par P. FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 septembre 1889.)

Cas d'une malade atteinte de diphthérie hypotoxique et qui eut, au bout d'un à deux jours, cet emphysème étendu de la face, du cou et de la poitrine. A ce moment le larynx n'est pas envahi. Ce sont des efforts de vomissements qui causèrent l'emphysème. La malade succomba très rapidement asphyxiée et intoxiquée.

A. G.

Tumeurs naso-pharyngiennes, ablation par l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez et son renversement de bas en haut, par L. OLLIER. (*Société de chirurgie, séance du 15 mai, Bulletin médical, 19 mai 1889.*)

Nous avons déjà analysé, d'après le *Lyon médical*, ce procédé d'ostéotomie en demi-cercles, avec sciage des os du nez, mobilisation de la cloison et renversement des parties détachées, qui a permis au chirurgien de Lyon d'opérer non seulement chez le malade qu'il a présenté à la Société de chirurgie, mais chez une centaine d'autres, des tumeurs volumineuses de bonne ou mauvaise nature. La guérison complète a lieu d'un mois à six semaines, sans cicatrice bien apparente et sans déformation. Dans le cas présenté actuellement, il s'agissait d'un kyste à parois épaisses contenant des néoformations secondaires d'origine congénitale très probablement, s'étendant très loin et ayant produit dès l'âge de onze ans de grandes déformations des os de la face. Le malade était un jeune homme de vingt ans environ. A. G.

Ablation des tumeurs malignes des fosses nasales, par L. OLLIER. (*Lyon médical, 9 décembre 1888.*)

L'éminent chirurgien de Lyon est adversaire des opérations partielles faites par les fosses nasales et très partisan de ce qu'il appelle l'ostéotomie verticale et bilatérale, c'est-à-dire de l'abaissement de l'avant nasal et de l'élargissement latéral de l'ouverture des fosses nasales, si c'est nécessaire : de cette façon les fosses nasales et le pharynx peuvent être explorés dans toutes leurs parties et des prolongements de tumeur situés sur la lame criblée ont pu être extraits avec certitude. A. G.

Ostéome des fosses nasales, par MONTAZ. (*Gazette des hôpitaux, 6 et 14 décembre 1888.*)

Cas observé chez un homme de 52 ans ; la tumeur, paraissant avoir débuté en dedans de l'œil, saillante sous la peau de cette région, avait envahi toute la fosse nasale gauche en refoulant la cloison. Son extirpation fut facile en raison de son manque d'adhérence avec le squelette ; le malade guérit rapidement. Cette tumeur refoulait la muqueuse pituitaire sous laquelle elle s'était développée, et elle avait la forme d'un sablier dont l'étranglement correspondait à l'entrée des fosses nasales. A la suite de cette observation, l'auteur montre la rareté relative des ostéomes des fosses nasales relativement à la fréquence des ostéomes de l'orbite, et pourtant, dit-il, le point de départ est toujours du côté

des fosses nasales, mais avec tendance à proéminer soit du côté de l'orbite, soit du côté du crâne. Le refoulement de la muqueuse montrait bien que le point de départ était à la face externe du squelette des fosses nasales. Ce point de départ peut être aussi bien dans les sinus ethmoïdaux et frontaux. La structure des tumeurs démontre bien leur franche origine osseuse et non une provenance du périoste ou de la muqueuse. Quant à la différence suivant les sujets au point de vue de l'adhérence ou de la non-adhérence, l'auteur pense que l'âge n'est pas étranger à une de ces conditions; chez les jeunes gens l'ostéome est très adhérent et semble faire partie du développement ostéogénique, ce qui n'est pas le cas à l'âge du malade qui fit l'objet de la présente observation.

Kyste suppuré du sinus ethmoïdal; ostéotomie bilatérale du nez, ablation, guérison, par L. OLLIER. (*Lyon médical*, 3 mars 1889.)

Jeune homme de seize ans, malade depuis quelques années; l'œil gauche est déjeté en dehors de l'orbite, tuméfaction de la paupière supérieure et de la base du nez avec saillie et hypertrophie des os du nez et de l'apophyse montante; du pus sort d'un drain placé en dedans de l'œil et un stylet enfoncé là s'enfonce très profondément dans les fosses nasales. Ollier détache le nez et l'abaisse, puis, constatait la présence d'un kyste enflammé, plein de pus occupant les sinus ethmoïdaux et se prolongeant dans le sinus frontal et sphénoïdal. Par des résections osseuses de l'unguis et de la branche montante, le chirurgien fraye une large voie au pus, puis le nez est suturé. La guérison eut lieu en deux mois, l'exophtalmie disparut et la suppuration était tarie. La guérison est complète.

A. G.

Des polypes naso-pharyngiens, par HEURTAUX. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 mai 1889.)

Sous forme de leçon clinique, à propos d'un malade, l'auteur, après une description anatomo-pathologique et histologique des tumeurs en question, discute le procédé opératoire, et il donne la préférence au procédé par la voie nasale analogue à celui décrit récemment devant la Société de chirurgie par Ollier.

A. G.

Un cas de polype fibreux naso-pharyngé, extirpation, guérison, par L. POISSON. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 mars 1889.)

L'auteur cite le cas d'un jeune homme de 16 ans, dont l'état général était très mauvais en raison d'épistaxis répétés. La

tumeur énorme remplissait le rétro-pharynx et une partie des fosses nasales. En raison de l'état cachectique du malade Poisson rejeta la méthode des cautérisations et de l'électrolyse, comme trop lente, et il opéra par la voie nasale sans réséquer le maxillaire supérieur, en agrandissant légèrement l'orifice des fosses nasales. La tumeur fut détachée au moyen de la rugine d'Ollier, puis on appliqua un tampon iodoformé. L'anesthésie préalable fut faite au moyen du chloral associé à la morphine et complétée par quelques inhalations de chloroforme. Le malade eut ensuite une hémorrhagie peu importante. Quelques récidives peu considérables et facilement opérables eurent lieu, et trois ans après le jeune malade était guéri. A. G.

Abcès du sinus maxillaire d'après les travaux récents publiés sur la question, par Luc. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, juin 1889.)

Comme l'indique le nom du travail, nous sommes en présence d'une revue sur un sujet, on peut le dire, tout à fait rajeuni par les recherches des rhinologistes modernes, et il est bien intéressant de constater les progrès immenses que la connaissance de cette affection a faits en quelques années ! Aussi n'est-ce plus dans les livres classiques de pathologie ou clinique externe, même les meilleurs, qu'il faut aller chercher la description des abcès du sinus maxillaire, qui sont loin de se révéler par la présence de signes manifestes à l'extérieur, comme on pourrait le croire en lisant les classiques. Luc attire à bon droit l'attention sur les nombreux cas à peu près latents sous ce rapport, et qu'a réussi à éclairer la rhinologie moderne. Il montre aussi la difficulté du diagnostic quand il se trouve masqué, larvé en quelque sorte, par des symptômes qui peuvent faire penser à une affection étrangère à la cause réelle. Pour le traitement l'auteur est éclectique suivant les cas, recommandant le plus souvent l'ouverture alvéolaire, mais reconnaissant parfois la nécessité et même l'efficacité de l'ouverture par les fosses nasales, surtout dans les cas récents. Il y a des cas anciens où ces diverses méthodes échouent et où une intervention par une ouverture plus large est indispensable.

En somme, revue critique et clinique très complète et par conséquent très intéressante. A. G.

Kyste dentifère du sinus maxillaire pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection, par GÉNARD

MARCHANT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris, février 1889.*)

La tumeur, développée rapidement et causant la chute de plusieurs molaires, faisait saillie à la face, dans le sillon gingival et dans le nez. L'auteur, croyant à un sarcome, procéda à une extirpation du maxillaire. La pièce fut examinée par Albarran, dont les études sur ce genre de kyste ont fait l'objet d'un travail important lu à la Société de biologie de 1888 et dont les conclusions ont été contestées par Magitot. Le kyste était de l'espèce dentifère à épithélium périmenteux et était logé dans le sinus maxillaire. Il est constitué par deux couches, une conjonctive externe et une épithéliale interne. G. Marchant exprime, à ce propos, le regret de ne s'être pas assuré de la nature de la tumeur par une ponction exploratrice faite dans le sillon gingival, qui eût pu être suivie du curage de la cavité et du pansement avec la gaze iodoformée.

A. G.

Des opérations incomplètes de végétations adénoïdes, par LUC.
(*Union médicale, 25 mai 1889.*)

Plaidoyer en faveur de l'anesthésie par le chloroforme, préalable à l'opération, et de la cautérisation ignée après l'opération, pour détruire les derniers vestiges des végétations. A. G.

Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale, par FRANÇOIS FRANCK. (*Arch. de physiol. normale et pathol., juillet 1889.*)

Beau travail de pathologie expérimentale exécuté avec la sévérité scientifique habituelle à l'auteur. Il serait trop long d'analyser cette œuvre au point de vue de la technique que nous trouvons irréprochable; mais au point de vue de l'action de l'irritation de la muqueuse nasale sur d'autres parties du corps et du siège de cette irritation, François Franck nous donne de précieuses indications. Ainsi l'irritation de la partie postéro-inférieure de la cloison ne provoque pas de réaction générale. Voilà une conclusion peu en rapport avec des affirmations de cliniciens autorisés; enfin, les parties les plus sensibles de la muqueuse nasale, celles qui provoqueraient le plus aisément la toux, le spasme glottique, le spasme respiratoire, sont le cornet moyen (pour la toux), et pour les autres réactions les extrémités antérieures, les bords libres et, à un moindre degré, les extrémités postérieures des cornets moyen et inférieur.

La cocaïnisation de ces parties suspend les réflexes causés par l'irritation.

Les agents irritants ont été : le contact d'instruments mousses, les piqûres, les mouchetures avec le galvano-cautère, les applications de caustiques chimiques. A. G.

Troubles oculaires réflexes d'origine nasale, par A. TROUSSEAU. (*Soc. d'ophtalmologie*, séances du 2 avril, in *Bulletin médical* du 21 avril 1889.)

Citation de quelques observations intéressantes de blépharospasme à la suite de polypes du nez ou de coryza aigu; l'auteur a vu aussi des cas de migraine ophthalmique céder après l'extraction de *petits* polypes du nez; il a vu aussi disparaître une mydriase rebelle à la suite de la disparition d'ulcérations nasales. Enfin il a observé un cas d'asthénopie qui ne céda qu'après le traitement d'une affection nasale. Il cite aussi des observations : de Gruening, d'amblyopie, et de Lennox Browne, de glaucome d'origine nasale. A. G.

Affections réflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie dues à une hypertrophie des cornets inférieurs avec sommeil hypnotique. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux du nez, par POLO. (*Gazette méd. de Nantes*, 9 septembre 1889.)

L'auteur cite deux observations très concluantes de maladies guéries l'une par la cautérisation des cornets inférieurs, l'autre par l'ablation de polypes muqueux; les malades, deux femmes, avaient l'une 19 ans, l'autre 30 ans. A. G.

Pathogénie et traitement de la fièvre des foins, par RUAULT. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, février et avril 1889.)

L'auteur étudie les diverses théories explicatives de cette maladie, celle du pollen, des microbes, la théorie arthritique et enfin la théorie nasale. Il conclut par les propositions suivantes : la fièvre des foins est une névropathie réflexe du trijumeau, d'origine nasale ou oculaire, produite par l'irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse par certaines poussières, et surtout le pollen de certaines plantes. Cette irritation mécanique ou chimique, due probablement à des microorganismes transportés sur les muqueuses par ces poussières, ne produit la fièvre des foins que chez un nombre restreint de sujets, et surtout chez les gouteux, les arthritiques, les névropathes et chez les individus atteints de rhinite hypertrophique. Le traitement par le galvano-caustique n'est utile que dans les cas de rhinite hypertrophique très accusée; sauf cela, la cocaïne, les actions

locales à haute dose 1/5, la pulvérisation, les antinévralgiques, et surtout l'antipyrine, enfin le traitement thermal arsénical, Bourboule ou Mont-Dore, sont les moyens préconisés par Ruault.

A. G.

Traitement de la rhinite atrophique, nouvelle méthode, par
 RUAULT. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, avril 1889.)

1° Enlever les croûtes; 2° appliquer doucement un antiseptique puissant, le naphthol camphré fait avec le naphthol α ; 3° pulvérisations les jours suivants avec de la vaseline liquide naphtholée ou salolée au 1/10.

Même traitement pour le rhino-pharynx : inhalation de benjoin par le larynx.

A. G.

Coryza caséeux, par POTIQUET. (*Revue générale, in Gazette des hôpitaux*, 2 février 1889.)

La revue écrite dans la *Gazette des hôpitaux* ne repose pas sur des observations personnelles, c'est une critique quelquefois très vive d'une dénomination créée par S. Duplay pour la description d'un type clinique très rare. Nous reconnaissons volontiers, avec l'auteur de la Revue, que l'étiologie invoquée par Duplay est peut-être critiquable (érysipèle de la face), mais il n'en est pas moins vrai que le professeur de la Faculté de Paris n'a pas été si mal inspiré en décrivant, sous une rubrique spéciale, des cas décrits assez rarement jusqu'ici, en raison de leur petit nombre et surtout de leurs obscurités étiologiques. Duplay semble principalement avoir eu pour objectif de séparer de l'ozène ces cas d'accumulation excessive de matière caséeuse dans les fosses nasales. La critique de Potiquet, très intéressante du reste, montre au lecteur la variété des origines d'une affection aussi rare et dont l'apparence symptomatique a paru être, dans quelques cas, celle d'une affection de mauvaise nature. Ainsi, ces accumulations peuvent être causées par des rhinolithes, par des polypes des fosses nasales, par des ethmoïdites, par des affections des sinus frontaux et maxillaires, par des kystes du maxillaire supérieur, enfin par des gommes syphilitiques. Ce n'est donc pas une entité morbide, c'est un symptôme d'affections variables. Nous sommes heureux, de notre côté, que le terme si critiqué de Duplay nous ait valu une étude fort intéressante.

A. G.

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par

LACQARRET. (*Revue de laryngol. et d'otol.*, n^{os} 17, 18 et 19, 1889.)

Étude historique, critique et clinique de ces tumeurs fort rares, pour la plupart des auteurs, sauf Hopman, de Cologne. Peut-être cet auteur a-t-il pris pour papillomes des tumeurs de diverse nature, présentant à leur surface un aspect papillaire. Le siège du papillome est dans la partie respiratoire des fosses nasales, c'est-à-dire sur la cloison cartilagineuse, le plancher et les cornets inférieurs. L'étiologie de cette affection est assez obscure, l'auteur suppose que l'irritation venant de corps étrangers du dehors pourrait produire la formation de ces tumeurs. Quant à la symptomatologie, elle est celle des petites tumeurs et des hypertrophies de la muqueuse. Il serait trop long de décrire tous ces signes si connus, que l'auteur résume dans son mémoire. Le pronostic est ordinairement bénin; il est, du reste, plus facile d'éviter dans les fosses nasales la récurrence si communément observée dans les papillomes du larynx. Quant au traitement, il est d'une grande simplicité opératoire. A. G.

Étude sur les déformations de la cloison du nez, par ROSENTHAL. (*Arch. gén. de médecine*, mai 1889.)

Dans un premier mémoire analysé dans les *Annales* de 1888, l'auteur a surtout étudié la pathogénie, l'anatomie pathologique et la statistique de ces affections: dans le mémoire présent, il décrit tous les procédés opératoires employés pour le traitement de ces déformations; il fait précéder cette description d'une courte description clinique des déformations le plus fréquemment observées. Il donne la préférence au procédé de Bosworth, modifié par Chatellier, *le procédé de la scie*, dans les déviations un peu épaisses; il accepte aussi celui de Miot, employé avec succès par notre collaborateur et ami Garel, l'électrolyse; il préfère le redressement (Jurasz et Delstanche) quand il s'agit de courbure très prononcée de la cloison sans épaississement; enfin, il recommande aussi le procédé de Duplay, Berger, etc., emploi du ciseau très fin et de petites gouges pour raboter la tumeur, quand l'emploi de ces instruments est aisé. A. G.

Un cas de catarrhe purulent des sinus frontaux consécutif à l'ablation de polypes, par G. LABIT. (*Annales de la polycl. de Bordeaux*, janvier 1889.)

Un malade opéré de polypes eut, à la suite, un écoulement purulent du nez qu'on reconnut être causé par un catarrhe des

sinus frontaux, qui céda rapidement à des moyens détersifs. L'auteur croit que l'opération fut la cause de ce catarrhe et de l'écoulement.

Nous lisons dans l'observation que le malade disparut pendant quelques mois après l'opération. Nous serions plutôt tenté de croire que le catarrhe purulent fut consécutif à l'absence de soins pendant ce temps.

A. G.

Kystes du pharynx, par P. RAUGÉ. (*Lyon méd.*, 15 sept., in *Bulletin méd.*, 20 octobre 1889.)

M. Raugé a consacré à cette question un très intéressant mémoire. Ces kystes dépassent rarement le volume d'une cerise; si l'on s'en rapporte aux travaux publiés depuis quatre ans, c'est une affection relativement commune, mais qu'on ne recherche pas assez, ni sur le vivant, ni sur le cadavre.

Ces tumeurs ne sont d'ailleurs pas faciles à voir, car elles sont sessiles, parfois incluses dans la muqueuse et situées dans une région peu accessible. Les symptômes locaux ne sont autres que ceux de la pharyngite chronique et on ne peut faire le diagnostic que si on a vu ou senti le kyste avec le doigt. Mais ce qui est le plus important, c'est que ces kystes du pharynx, comme les lésions du nez, peuvent retentir au loin sur les systèmes respiratoire, digestif et nerveux, et, bien qu'en Allemagne on ait beaucoup exagéré cette notion pathogénique, elle n'en renferme pas moins une somme réelle de vérité.

Au premier rang de ces troubles sympathiques, il faut mettre l'asthme bronchique d'origine pharyngée, dont la nature est bien démontrée, par ce fait que l'ouverture d'un kyste pharyngien fait cesser, sans autre médication, des accidents de dyspnée rebelles jusque-là à tous les traitements. Dans d'autres cas, il se produit une irritation de la région aryténoïdienne et des accès de toux nerveux qui, souvent accompagnés de quelques crachats sanguinolents, venant du pharynx, d'anémie, etc., feront facilement croire à une phthisie au début. Dans une troisième forme, qu'on pourrait appeler névralgique, ce sont des symptômes douloureux irradiés plus ou moins loin, de la céphalée temporale ou périorbitaire, continue ou à accès, simulant la migraine, etc., des névralgies cervico-occipitales, parfois même intercostales.

M. Raugé étudie ensuite l'anatomie pathologique de ces kystes et, s'appuyant sur les travaux de Ganghofner et de Schwabach, repousse l'opinion qui leur fait prendre naissance dans la pré-

tendue glande de Luschka dont la description est fictive. En effet, au lieu de cette poche unique, constante, à paroi distincte, à siège précis, il faut reconnaître qu'il existe dans le pharynx une série de cryptes et de sillons, vestiges des sillons qui dans le premier âge augmentaient la tonsille pharyngée. Ces sillons sont très irréguliers et inconstants, sauf celui qui se trouve sur la ligne médiane.

Les kystes du pharynx pourront prendre naissance dans ces sillons si leurs lèvres, par un processus inflammatoire, viennent à adhérer l'une à l'autre. Ce qui le prouve, c'est l'existence de kystes dans le contenu desquels on trouve des cellules épithéliales ciliées, tapissant la surface pharyngée. Dans un autre groupe anatomo-pathologique, il faut ranger les kystes formés dans les glandes par obstruction de leur canal excréteur et dont la paroi est revêtue de cellules cylindriques non ciliées ou de cellules pavimenteuses. — Enfin, il semble aussi que parfois les kystes se forment dans la couche adénoïde par une sorte de raréfaction, de liquéfaction des corpuscules lymphatiques agglomérés.

Enfin M. Raugé signale encore une forme nouvelle : un hygroma développé aux dépens d'une bourse séreuse accidentelle, au niveau de la saillie antérieure de l'atlas.

La maladie de Tornwaldt et la bourse pharyngée, par P. RAUGÉ.
(*Bulletin médical*, 14 janvier 1889.)

Étude critique et clinique de cette nouvelle affection aussi vite découverte que contestée. L'auteur rappelle les travaux allemands et français sur la question, et après avoir rendu un juste hommage à la description clinique de ces différents auteurs, il a combattu leurs idées sur le siège de la maladie et les derniers travaux ont infirmé l'existence de la bourse pharyngée de Luschka (Schwabach et Suchanek) et l'ont remplacée par la description d'un enfoncement médian de la muqueuse. Les recherches de Raugé, cliniques et anatomiques, contestent même l'existence de ce *recessus médian*; cet auteur a constaté l'existence d'enfoncements plus ou moins nombreux de la muqueuse dans des endroits différents du rétropharynx, et il semble avoir constaté que ces enfoncements ne sont autre chose que des trajets situés dans le tissu adénoïde lui-même et qui disparaissent lorsqu'on a gratté ce tissu; le pharynx alors se montre sans enfoncement ni ombilication. En décollant le pharynx, il n'a jamais constaté l'existence de diverticules remontant en

arrière de ce conduit. Enfin, chez le vivant, après avoir gratté les croûtes et les mucosités qu'on pourrait supposer sortir d'une cavité, l'auteur n'a jamais vu de kystes ni de cavités. Les recherches anatomiques ont porté sur 17 sujets, 10 adultes, 2 enfants (2 à 4 ans), 5 fœtus à terme.

A. G.

Note sur la morphologie et le traitement du mycosis pharyngien, par C. GORIS. (*Revue de laryngol., d'otol. et de rhinologie*, n° 10, 1889.)

Courte et consciencieuse étude sur cette rare affection parasitaire, dont l'étiologie est si difficile à déterminer, car tous les malades sont d'une bonne santé habituelle et le traitement assez minutieux. L'auteur a compté le nombre des cas observés, jusqu'ici ils sont au nombre de 36. Il en présente trois. Le mycosis n'affecte pas toujours la même forme : toutes les végétations sont cornées et pointues, et rassemblées en forme de grappes, comme les grains de figue, ou en forme de plaques nummulaires. Histologiquement, ce sont des leptothrix fasciculés, isolés, des cocci associés de différentes façons, des cellules épithéliales. L'auteur a rencontré même des fibres musculaires striées, ce qui semblerait prouver leur profonde migration.

Le traitement consiste en traction avec la pince et les badiageonnages antiseptiques. Goris emploie le sublimé à 1/2 0/0. La galvanocaustique lui paraît indiquée quand le mycosis n'a pas pénétré profondément.

L'auteur croit que le froid est la cause principale de la maladie.

A. G.

Amygdalites et angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales, par RUAAULT. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, avril 1889.)

A la suite d'opérations faites sur les cornets inférieurs, l'auteur a vu se développer des amygdalites et angines infectieuses qu'il pense être produites par l'introduction de microbes dans le passage respiratoire : les opérations faites dans les parties supérieures des fosses nasales et à la voûte du pharynx n'ont pas, dit-il, les mêmes conséquences, en raison de ce que ces régions ne se trouvent pas sur le trajet de l'air inspiré.

A. G.

Gommes syphilitiques de l'amygdale, par JUHEL RENOU. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, juin 1889.)

Mémoire étayé sur deux observations, l'une chez un homme

de 50 ans ayant contracté la syphilis quinze mois auparavant, l'autre chez un homme de 32 ans qui avait eu le chancre quelques années avant. Ce qui a frappé l'auteur est l'acuité du début des accidents qui a pu faire croire à une angine aiguë ou à un abcès; le diagnostic un moment aussi fut douteux avec la diphthérie, il ne devint vraiment évident que lorsque le bourbillon sortit et que l'ulcération prit un caractère gommeux à peu près caractéristique. Ces cas sont très rares et expliquaient bien naturellement l'embarras de Juhel-Renoy.

A. G.

Abcès chronique de l'amygdale droite, simulant un fibrome, par NATIER. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

Nous donnons ici quelques lignes de l'observation prise à la clinique du Dr Moure. « Sur l'amygdale droite point *blanc* « *châtre* de la grosseur d'une cerise, très saillant, très tendu, « indolore et de consistance assez dure. *Diagnostic*, fibrome! « Quelques jours après, souffrances très vives, exaspérées par « le toucher. La tumeur est devenue rougeâtre à sa partie « décline, où elle fait saillie. En présence de ces signes et pour « apporter un soulagement à la tension éprouvée, M. Moure se « décida à toucher la tumeur avec le galvano-cautère. Le pus « sort et la poche s'affaisse. » L'auteur dit que le premier diagnostic se trouva du coup rectifié.

A. G.

Du muguet chez les individus sains, par SEIFERT. (*Revue de la laryngologie et d'otologie*, n° 5, 1889.)

L'auteur cite un fait observé par lui de muguet survenu sans cause connue chez un homme de 36 ans, atteint d'amygdalite aiguë. On reconnut dans l'exsudat les corpuscules d'*Oidium albicans*. Ces cas, dit Seifert, sont extrêmement rares dans la littérature médicale.

A. G.

Mycose du champignon du muguet, par G. Roux et LINOSSIER. (*Lyon médical*, 3 nov. 1889.)

L'intérêt de ce travail est dans le rapprochement avec la pathologie humaine du résultat des recherches des auteurs, qui ont fait chez le lapin et le cobaye des injections de *Oidium albicans* et ont constaté à la suite des lésions cérébrales et rénales, causées par la présence du parasite. Ces expériences ont encore démontré le changement de forme du parasite dans l'intérieur du corps, ce qui semble tenir, pour les auteurs, au mode d'alimentation de l'animal et à son influence sur la trans-

formation du parasite. Les résultats expérimentaux des injections d'oidium albicans ont été analogues à ceux des injections d'aspergillose.

A. G.

Adéno-chondrome du voile du palais, par PONCET. (*Gaz. des hôpitaux*, juin 1888.)

Le chirurgien de Lyon eut à peine le temps d'observer et d'étudier le malade, homme de 57 ans, qui fut trachéotomisé d'urgence dans un accès violent de dyspnée et qui succomba à la fin de cette opération. La tumeur énorme, pesant 150 grammes environ, amenait une procidence du voile et de l'occlusion des premières voies respiratoires par ce fait. L'auteur pense que la trachéotomie dans ces cas ne doit pas être différée trop longtemps, et qu'il est bon en la pratiquant de soulever le voile de façon à permettre à l'air de pénétrer dans la poitrine et au spasme glottique de disparaître et de ne pas éclater avec trop de violence. En tout cas, la trachéotomie préliminaire pourra être pratiquée dans ces cas en raison des accès de suffocation que pourrait causer la traction du voile au moment de l'extirpation de la tumeur.

A. G.

Des larges incisions circumthyroïdiennes dans le cancer du corps thyroïde, par A. PONCET, de Lyon. (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1889.)

L'opération comporte quatre temps : une incision cruciale, le décollement des parties molles, le soulèvement des parties profondes et la ligature des vaisseaux. Réunion des bords de la peau, par suture. Cette opération a été pratiquée deux fois, avec amélioration et diminution de la douleur par suite de la section des nerfs.

Thyroidectomie partielle, par CH. AUDRY. (*Gaz. méd. de Paris*, 12 oct. 1889.)

L'auteur, interne du professeur Poncet, de Lyon, est un adversaire déterminé des moyens dits anodins, tels que l'incision, le drainage ou les injections interstitielles, et s'appuyant sur le résultat constamment favorable de l'intervention chirurgicale, tant à l'étranger qu'en France, où la thyroidectomie a été moins souvent pratiquée, il expose les règles opératoires variables suivant le siège et l'étendue de la tumeur.

A. G.

Traitement des kystes du corps thyroïde, par E. SCHWARTZ. (*Revue de chirurgie*, décembre 1888.)

Mémoire appuyé sur six observations de kystes du corps

thyroïde, dont quelques-uns avaient été traités sans succès par le traitement iodurique et les injections interstitielles; dans ces dernières circonstances l'extirpation était plus laborieuse en raison des adhérences et des hémorrhagies consécutives. L'auteur n'est pas partisan de la méthode des injections pour les gros kystes, mais il en reconnaît l'utilité dans les petits kystes. Enfin, l'extirpation est encore indiquée quand on se trouve en présence de kystes hématiques, en raison de l'épaisseur de leur paroi et de la difficulté qu'elles ont à s'accoler après la ponction ou les injections.

A. G.

Enorme goitre kystique à développement rapide, thyroïdectomie, guérison, par L. PICQUÉ. (*Archives de laryngologie et de rhinologie*, février 1889.)

Après quelques développements consacrés aux indications de l'opération, suivant la nature et le développement des tumeurs de la glande thyroïde, l'auteur, en ce qui concerne le goitre kystique, se prononce pour la thyroïdectomie partielle, consistant à respecter les parties saines et à ne retirer que les kystes que l'on peut énucléer, avec la plus grande difficulté souvent, au moyen des doigts. Cette opération a pour résultat d'éviter la cachexie strumiprive, les lésions des gros vaisseaux et des nerfs importants de la région. Le cas décrit par l'auteur a exigé deux heures d'opération, il a bien guéri.

A. G.

Contribution à l'étude des phlegmons sous-maxillaires infectieux (angine de Ludwig), par E. SCHWARTZ. (*Société de médecine pratique*, Bulletin du 15 avril 1889.)

L'auteur cite deux cas d'étiologie différente, le premier, chez un alcoolique, succéda à une amygdalite; le malade succomba très rapidement; le second, consécutif à une suppuration osseuse d'origine dentaire, guérit. Chez ces deux malades, tout le tissu cellulaire sus-hyoïdien était gonflé outre mesure; la langue, soulevée par l'inflammation, était dans un état d'immobilité absolue. Dans le cas mortel, l'intervention consista en ouvertures profondes sous la langue, application du thermocautère et d'agents antiseptiques. Avec plusieurs membres de la société, Schwartz rejette la mauvaise dénomination d'angine de Ludwig, pour accepter celle de phlegmon sous-maxillaire infectieux proposée il y a trois ans par notre collaborateur P. Tissier, dans un mémoire très remarquable paru à cette époque dans le *Progrès médical*. Cette nouvelle dénomination, basée sur le siège de la

lésion, a pour cause la variété d'origine, qui est rarement angineuse.

A. G.

Traitement chirurgical du goitre exophthalmique, par CH. AUDRY. (*Bulletin médical*, 5 juin 1889.)

Audry cite un cas malheureux de traitement du goitre exophthalmique pratiqué à Lyon par le Dr Jaboulay et nécessité, paraît-il, par des accès de suffocation. Aussi, l'auteur de ce mémoire s'élève-t-il contre cette méthode de traitement du goitre exophthalmique. A ce propos, le Dr Prengreuer fait suivre l'article de l'auteur de la citation d'un cas personnel dans lequel la simulation d'une opération exigée et par conséquent une sorte de suggestion déterminèrent la disparition rapide d'un goitre dû à cette origine.

A. G.

Des accidents aigus d'intoxication par la cocaïne, par LÉPINE. (*Journal des connaissances médicales pratiques* de V. Cornil, 15 juin 1889.)

Le professeur Lépine, de Lyon, a présenté dans deux numéros de ce journal le dossier de ces accidents, heureusement pas trop communs, en raison de la vulgarisation extrême de ce médicament, mais encore fréquents et surtout d'une nature assez grave. C'est chez les enfants, les nerveux et les anémiques qu'il faut redouter l'apparition de ces accidents. Ce n'est pas seulement l'injection hypodermique qu'il faut redouter, bien que ce soit le moyen le plus dangereux d'administration de la cocaïne, mais même le badigeonnage et encore la pulvérisation, conseillée si imprudemment par nombre de médecins. Il est très difficile de fixer la dose périlleuse, cela varie beaucoup suivant les sujets, ce qui rend le maniement du médicament particulièrement délicat. L'intoxication peut affecter divers degrés, depuis la sensation de refroidissement, de pâleur et troubles de la circulation, puis accélération du pouls et du cœur, jusqu'aux syncopes et les convulsions partielles et générales et au délire. Le nitrite d'amyle, le chloral, le chloroforme, l'opium, sont les moyens de traitement les plus usités. Lépine recommande aussi la prudence dans l'emploi de la cocaïne à la région de la face et de la tête.

A. G.

Traitement des ulcérations tuberculeuses par le naphthol camphré, par FERNET. (*Soc. de thérap.*, 27 février 1889, in *Bulletin médical*, 3 mars 1889.)

Fernet rapporte l'histoire de quelques malades atteints d'ulcé-

rations tuberculeuses de la langue, quelquefois très mal placées et se trouvant souvent chez des sujets cachectiques, qui ont été modifiées assez rapidement par l'application quotidienne, au moyen d'un pinceau, de naphtol camphré, médicament essayé pour la première fois, dans le traitement de la tuberculose osseuse, par Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Le naphtol camphré réussit chez les malades de Fernet, soignés sans succès avec l'acide lactique, et que l'emploi de la cocaïne ne pouvait calmer.

A. G.

Angine cholérique, par M. COSTE. (*Revue de médecine*, n° 10, octobre 1889.)

Cinq ans après l'épidémie de choléra de 1885, l'auteur fait connaître 10 cas de cette affection, observés à Marseille. L'angine cholérique naît au moment de la réaction, et elle se développe de la façon suivante : petites vésicules claires, puis, à la place de ces vésicules, pointillé rouge, rougeur progressive et à marche très rapide, le voile du palais est le siège de cette affection toujours bénigne, apyrétique, et qui n'a jamais été trouvée à la suite du choléra sporadique. L'auteur admet l'origine nerveuse de cette affection, dont le premier signe est, dit-il, une hypersécrétion glandulaire.

A. G.

Sur une méthode de traitement de l'angine granuleuse par le grattage et les applications iodiques après anesthésie locale, par RUULT. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, août 1889.)

L'auteur, frappé des abus de l'ignipuncture des granulations et de la nécessité de faire ce traitement pendant longtemps et souvent sans résultat, propose, comme le titre de son mémoire l'indique, le nettoyage minutieux de la muqueuse pharyngienne et son brossage énergique avec un pinceau rude trempé dans une solution iodée au dixième ou au quinzième. Cette friction, dit-il, doit être extrêmement énergique pour amener un résultat curatif rapide. Il conserve l'ignipuncture pour le traitement des granulations volumineuses et uniques et de la pharyngite latérale hypertrophique. La muqueuse nasale doit aussi être l'objet d'une thérapeutique concomitante.

A. G.

Angine gangreneuse primitive, par E. MAURIN. (*Archives générales de médecine*, juillet 1889.)

Maladie fort rare, du moins quand elle est primitive. Le tableau tracé par l'auteur est fait d'après 10 observations recueillies par lui, dont 3 lui sont personnelles ainsi qu'à son maître, M. Vidal,

médecin de l'hôpital Saint-Louis. Dans 5 de ces observations, l'amygdale fut le siège de la maladie et les malades se rétablirent; dans 5 autres l'affection se généralisa à toute la gorge et à la muqueuse buccale, et les malades succombèrent. Le caractère remarquable de toutes ces observations, même chez les malades qui guérirent, fut la rapidité avec laquelle se produisirent des phénomènes très graves qui inspirèrent les plus grandes inquiétudes; enfin, la conséquence de la gravité de ces symptômes fut la lenteur du rétablissement des malades. L'auteur présente les caractères diagnostiques avec la diphthérie basés sur l'aspect de la membrane, différent dans les deux cas, et enfin son examen histologique. Il est encore possible, au début, de confondre cette maladie avec un chancre infectant, mais l'état général distingue facilement ces deux affections. Enfin, cherchant à établir la cause de la maladie, il la voit dans la présence d'un microbe qu'il n'a pas recherché.

A. G.

Rétrécissement fibreux de l'œsophage, traité par l'électrolyse linéaire, guérison, par J.-A. FORT. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 mars 1889, p. 307.)

Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie de médecine, à la séance du 12 mars, le malade observé et opéré par Fort. Le rétrécissement était probablement consécutif à l'ingestion d'eau sédative, deux ans auparavant; la dysphagie se montra seulement en septembre 1888, c'est-à-dire plus d'un an après cet accident. L'amaigrissement fut assez rapide, le malade pesait 114 livres au moment de l'examen après avoir pesé 146 livres. Le point rétréci siège près du cardia, à 33 centimètres des incisives. Ce rétrécissement, qui ne peut être franchi que par une bougie de 5 millimètres, a une longueur de 15 millimètres. L'œsophage n'est pas dilaté au-dessus, à 10 ou 12 centimètres plus haut il y a un autre rétrécissement en voie de formation. Avant toute opération, le malade est alimenté artificiellement pendant quelques jours, et alors les conditions d'intervention sont meilleures. Il y eut plusieurs séances. La première dura deux minutes: le pôle positif est appliqué sur le ventre; le pôle négatif, sous la forme d'une lame de platine, est appliqué sur un côté du rétrécissement. On emploie 8 éléments et une force de 10 milliampères. On constate pendant l'opération des troubles dans la sphère du nerf pneumogastrique et du nerf grand sympathique d'ordre thermique, circulatoire, et même des contractions musculaires éloignées. Au bout de deux jours, nouvelle application; la

lame de platine est plus élevée et le nombre des éléments augmente, donne une force de 30 milliampères. L'opération dure une minute et demie. Mêmes symptômes circulatoires et musculaires disparaissant après l'opération. Une troisième séance a lieu avec 15 milliampères. Les troubles de la déglutition disparaissent et le malade ingère des aliments de plus en plus volumineux. Après ces séances, on emploie la sonde pour nourrir le malade et on lave la plaie touchée par les aliments avec l'eau phéniquée. A la fin du traitement, vingt jours après le début, une sonde de 42 millimètres peut passer. Le malade avait gagné, à ce moment, 10 livres, il pesait 124 livres. L'auteur fait remarquer que pour la première fois le traitement de l'électrolyse a été appliqué au traitement du rétrécissement de l'œsophage. A. G.

Rétrécissements de l'œsophage traités avec succès par l'électrolyse linéaire, par J.-A. FORT. (*Gazette des hôpitaux*, 25 juin 1889.)

L'auteur rapporte deux nouveaux faits, un de nature fibreuse chez une femme de 47 ans, l'autre de nature probablement organique chez un homme de 46 ans; le siège du rétrécissement était en haut, à peu près au niveau de la fourchette sternale et à 18 centimètres des incisives supérieures. Le rétrécissement portait le diamètre du conduit à 9 millimètres environ. Dans les deux cas l'électrolyse fut appliquée; pour le premier cas à quatre endroits, en avant, en arrière et des deux côtés; le nombre des éléments était de 10, la force de 15 milliampères; l'application durait une minute environ; le pôle négatif était appliqué au rétrécissement. Dans les deux cas, le nombre des éléments était de 12, la force de 32 milliampères, et la durée de chaque séance, dix à quinze secondes. En quelques séances rapprochées de deux à cinq jours le rétrécissement fut franchi, l'alimentation put s'opérer et l'état général se releva sensiblement. A. G.

Traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire combinée avec la dilatation, par J.-A. FORT. (*Congrès français de chirurgie*, Paris 1889.)

Travail fait d'après 15 observations. L'auteur, ayant remarqué que l'instrument ne pouvait être supporté que le temps nécessaire pour produire un sillon, a combiné les courtes séances d'électrolyse avec la dilatation au moyen de bougies. A. G.

Gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par NICAISE. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 octobre 1889.)

Nicaise présente à l'appui de cette opération deux observations,

l'une pratiquée chez un homme de 75 ans qui survécut plus de cinq mois; chez l'autre, l'opération, refusée par le malade et pratiquée trop tard, fut suivie de mort. L'auteur préfère cette opération à la sonde à demeure en raison de l'innocuité de la laparotomie et de la longue survie qui a été signalée chez quelques malades. L'estomac est facile à saisir après l'ouverture du ventre en prenant pour point de repère le lobe de Spiegel, la muqueuse doit être suturée avec soin, enfin Nicaise discute l'emplacement de l'ouverture, qui ne doit pas être trop éloignée du pylore, de manière à ne pas être trop rapprochée de l'endroit où s'accumulent les aliments, ce qui évite leur sortie. L'alimentation doit être faite avec prudence. A. G.

Cancer de l'œsophage, début avec brusque compression du nerf récurrent gauche le long de la trachée, voix bitonale, mort et autopsie, par CAUSSADE. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, oct. 89.)

L'intérêt de ce cas vient surtout de l'examen du nerf récurrent comprimé, chez lequel l'auteur constate une *dégénérescence wallévienne* à peu près complète dans toute son étendue, depuis le point comprimé jusqu'à l'entrée dans le larynx.

A. G.

Vices de conformation de l'œsophage, par BROSSET. (*Lyon médical*, 26 mai 1889.)

L'auteur étudie dans ce mémoire les imperforations de l'œsophage chez l'adulte, qu'il a observées deux fois avec autopsie. Les enfants bien constitués à la naissance ont succombé, non seulement par l'impossibilité de conserver leurs aliments rejetés très vite, mais surtout avec des accès de suffocation causés par la chute des aliments, au moment du rejet, dans les voies aériennes. A l'autopsie, Brosset a trouvé l'imperforation au niveau du larynx, très haut par conséquent, et la communication du bout terminal du conduit avec la trachée, se confondant avec ce conduit en arrière; habituellement cette réunion se produit au niveau de l'extrémité inférieure du conduit trachéal.

Après cette description, l'auteur entreprend des recherches sur les *imperforations complètes ou incomplètes* de l'enfant et de l'adulte, dont la littérature lui a fourni un certain nombre de cas, et les divise en 6 types bien caractérisés. 1^{er} type : manque d'une partie de l'œsophage, le segment inférieur se confondant avec la trachée, tels sont ses cas. 2^e type : fissure trachéo-

œsophagienne, communication simple des deux conduits, état normal dans les parties non communicantes. 3^e type : absence d'œsophage dans une partie du trajet, réunion des deux culs-de-sac par un cordon fibro-musculaire. 4^e type : rétrécissements annulaires ou canalicules. 5^e type : ectasies et diverticules de l'œsophage. 6^e type : division de l'œsophage avec réunion à son extrémité inférieure.

Suivent ensuite des dessins noirs en schémas reproduisant les diverses infirmités.

Dans le numéro suivant du *Lyon médical*, l'auteur étudie les causes de ces malformations qu'il suppose, d'après les recherches embryologiques, être causées par un arrêt de développement (*lire à ce sujet la longue, intéressante et minutieuse description à laquelle il se livre*); puis il passe au traitement; il propose avec quelques autres observateurs la gastrostomie et la recherche ultérieure de deux bouts de l'œsophage et leur suture, opération double qui aurait été faite sans succès, il est vrai, par C. Steel, en 1888, et rapportée dans *The Lancet* du 20 octobre 1888.

A. G.

Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphthérie, par A. SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 22 janvier, in *Progrès médical*, 2 mars 1889.)

Parallèle très bien présenté de la contagion des deux maladies, l'une se faisant par l'air ambiant, à une courte distance seulement et s'atténuant au fur et à mesure de la marche de la maladie; l'autre se produisant surtout par les effets et les vêtements des malades, et susceptible d'y séjourner fort longtemps et de provoquer, même au bout de quelques années, l'apparition de la maladie. On comprend aisément de quel intérêt est, au point de vue prophylactique, le résultat des recherches du médecin de l'hôpital des Enfants assistés de Paris.

A. G.

Propagation de la diphthérie, par BARD. (*Lyon médical*, mars 1889.)

Dans un long et consciencieux travail, Bard étudie, à propos d'une épidémie de cette maladie, ses modes de propagation, et à la fin de son mémoire il propose les moyens prophylactiques qui suivent : 1^o isolement très prolongé des convalescents, soit dans des domiciles particuliers, soit dans des asiles spéciaux; 2^o isolement précoce et suffisant en assurant aux parents toutes faci-

lités d'éloigner les enfants sains et réduisant l'entourage au personnel indispensable; 3° surveillance et mise en suspicion de ceux qui peuvent être des débutants, les frères et sœurs des malades surtout; 4° surveillance spéciale des écoles pour en écarter les convalescents, les débutants et les suspects; 5° désinfection immédiate des déjections du malade et des objets souillés par les déjections; 6° observation, par les personnes de l'entourage des malades, d'une propreté rigoureuse et de précautions spéciales pour ne pas transporter au dehors les germes infectieux; 7° désinfection ultérieure de tous les objets à l'usage des malades et des locaux occupés par eux.

A. G.

Traitement de la diphthérie, par E. BOUCHUT. (*Paris médical*, 30 mars 1889.)

L'auteur propose le nom de diphthérie au lieu de diphthérie : contrairement à l'opinion de Trousseau, il a professé depuis 30 ans que la maladie commence par être locale avant d'être générale; l'appellation lui a donc toujours semblé plus logique que celle imposée par Trousseau. Du reste, les derniers travaux, surtout ceux de Roux et d'Yersin, semblent donner à cette opinion une consécration définitive. Quant à la thérapeutique locale qui en découle et qui est actuellement assez en faveur auprès du corps médical pour avoir suggéré dernièrement les traitements vigoureux de Gaucher et de Dubousquet, Laborderie, l'auteur en réclame la priorité de l'application. C'est de cette façon que, depuis fort longtemps, il procède au traitement de la diphthérie, mais sans être tombé, dit-il, dans les exagérations des fumigations nauséabondes et des frictions dangereuses. La grande notoriété de Bouchut nous commandait, dans cette analyse, d'exposer ses vues et ses justes réclamations.

A. G.

Traitement de la diphthérie, par A. CHANTEMESSE et F. WIDAL. (*Soc. de méd. publ. et d'hyg. professionnelle*, in *Progrès médical* du 6 juillet 1889.)

Recherches de laboratoire ayant eu pour but de trouver les liquides microbicides les plus efficaces dans cette maladie; leurs expériences leur ont indiqué comme ayant atteint ce but : le naphthol camphré, la solution Soulez (acide phénique, 5 gr.; camphre, 20 gr.; huile d'olive, 25 gr.), et une troisième solution dans laquelle la glycérine remplacerait l'huile d'olive.)

A. G.

Traitement de la diphthérie, par J. SIMON. (*Bulletin médical*, 7 avril 1889.)

L'auteur entre en matière par l'énumération des médicaments dangereux et qu'il recommande de ne pas employer ; ce sont les préparations mercurielles, le chlorate de potasse à haute dose, le bicarbonate de soude, les vomitifs, les purgatifs, l'opium même à doses faibles, enfin les vésicatoires.

Le traitement doit être prophylactique avant tout, il faut surveiller avec beaucoup de soin la muqueuse de la gorge, de l'arrière-gorge et des fosses nasales, ainsi que les causes de refroidissement.

Le traitement local, en raison des récents travaux bactériologiques de Roux et Yersin, doit jouer un rôle capital, sous forme de badigeonnages, d'irrigations, de gargarisations et de pulvérisations.

Badigeonnage : employer le coton hydrophyle au bout d'une pince à forcepessure et essuyer les surfaces ; puis, avec un autre coton, imprégner d'une solution salicylée ainsi composée : acide salicylique, 0,50 à 1 gr. ; alcool, q. s. ; glycérine, 40 gr. ; infusion d'eucalyptus, 60 gr. Badigeonner toutes les heures le jour et toutes les trois heures la nuit.

Si les fausses membranes sont très adhérentes, toucher deux à trois fois par jour avec : perchlorure de fer et glycérine, à 10 gr. Il ne faut pas trop imbiber le coton de ce mélange.

Après le badigeonnage, faire une *irrigation* avec de l'eau de chaux médicinale, de l'eau boriquée au centième ou de l'eau phéniquée au centième ; l'emploi de cette dernière est plus dangereux chez les enfants. Les irrigations doivent être tièdes et assez abondantes. Les irrigations sont vite acceptées par les enfants.

La *gargarisation* se fera avec les mêmes substances que les irrigations.

La pulvérisation aura lieu avec de la vapeur de solutions résineuses, eucalyptus par exemple.

Pour la *diphthérie nasale*, J. Simon emploie des irrigations d'eau de noyer boriquée et la pommade suivante : soufre sublimé, 4 gr. ; axonge, 30 gr.

Pour la *diphthérie labiale*, des cautérisations quotidiennes avec le nitrate d'argent.

Sur les joues, la peau, l'iodoforme.

Contre l'engorgement ganglionnaire douloureux, une cravate

ouatée sur laquelle on applique la pommade suivante : extrait belladonné, 2 gr. ; iod. de potassium, 1 gr. ; axonge, 30 gr. Ne jamais employer dans ces cas l'onguent napolitain.

La chambre du malade doit être spacieuse, aérée facilement ; on supprimera les tentures et rideaux de lit ; la température sera de 15 à 16° et la chambre devra toujours être remplie de vapeurs de goudron et d'eucalyptus arrivant facilement au malade.

Pour compléter ce traitement, l'auteur recommande les toniques et l'alimentation que peut supporter le malade, l'emploi à l'intérieur du perchlorure de fer à la dose de 12 à 20 gouttes, quand l'enfant est jeune, et plus tard du cubèbe et du copahu à dose égale de 5 à 10 gr. par jour.

L'auteur termine ensuite par quelques considérations sur la trachéotomie.

Telle est, résumée aussi brièvement que possible, la thérapeutique adoptée par un des praticiens les plus autorisés en pathologie infantile.

A. G.

Études sur la diphthérie, par E. ROUX et YERSIN. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1889.)

Dans ces nouvelles études, les auteurs complètent les recherches qui n'avaient pu trouver place dans leur premier travail analysé dans les *Annales*, etc.

Il s'agit ici de quelques propriétés du poison diphthéritique et de l'influence des acides ou alcalins sur l'action de ce poison : les alcalins développent sa force, les acides l'atténuent. Les auteurs montrent aussi l'analogie qui existe en quelques points entre les diastases et le poison diphthéritique, et qui, comme la diastase, peut subir de grandes modifications sous l'influence de la chaleur ; mais il ne perd pas absolument ses propriétés nocives, seulement elles se montrent à bien plus lointaine échéance. De même que les diastases, le poison diphthéritique est susceptible de s'altérer sous l'action des rayons solaires.

L'atténuation du virus par les acides peut devenir la base d'actions thérapeutiques.

Enfin, la facilité avec laquelle un virus même très atténué peut retrouver sa virulence chez des animaux au bout d'un certain temps montre l'importance de la destruction rapide des fausses membranes, même dans les cas les plus bénins en apparence, pour empêcher l'intoxication qui pourrait être contractive à un séjour prolongé au contact des tissus.

A. G.

Des tumeurs gazeuses du cou (aérocèles, laryngocèles, bronchocèles, trachéocèles des auteurs), par L.-H. PETIT. (*Revue de chirurgie*, nos de février, mars, mai, juin 1889.)

Le Dr L.-H. Petit, bibliothécaire de la Faculté de médecine, a écrit sur ce sujet un mémoire très important, et qui ne contient pas moins de quatre gros articles dans chacun des numéros précités de la *Revue de chirurgie*.

Le premier article est consacré à l'histoire, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Le deuxième article embrasse la pathogénie et la critique de toutes les théories explicatives. Pathogénie : *Lésions congénitales chez les enfants nouveau-nés* (qui ne peuvent être les fistules bronchiales qui ne s'ouvrent pas dans les voies respiratoires); *efforts des accouchées*, lésions pathologiques, variables (dilatation des glandes muqueuses; hernie de la muqueuse; perforations d'orifices tuberculeux, cancéreux, syphilitiques; abcès rétro-pharyngiens; abcès du cou; traumatisme; ectasie paralytique de la trachée, *un cas*; communication entre la trachée et des cavités de la glande thyroïde).

Pour qu'un aérocèle se produise il faut, dit l'auteur, que la trachée soit toujours altérée par une des causes que nous venons de dire; car les efforts, qui sont une cause efficiente assez fréquente, seraient impuissants pour le produire sans cela. Et c'est le plus souvent à la région membraneuse que se produit la rupture.

Dans le troisième article nous trouvons l'anatomie pathologique et la symptomatologie. *Anatomie pathologique* : l'auteur nous décrit la dilatation de la trachée, les kystes et les dilatactions partielles, sacciformes, en forme de diverticulum; mais ce ne sont que les débuts; quant au mode de formation du sac dans la région cervicale, on en est réduit aux hypothèses. *Symptomatologie*. Le *siège* est très variable : au milieu, sur les côtés, en bas et quelquefois en haut, la *forme* est arrondie, plurilobée; la peau est à peu près normale, le volume varie suivant le temps de la respiration, plus grande dans l'expiration, pouvant diminuer sensiblement, quelquefois disparaître dans l'inspiration; quant à la percussion, la sonorité est variable, mais le plus souvent elle est masquée par les tissus qui sont superposés. La tumeur est peu mobile et quelquefois réductible.

La phonation, la respiration et la déglutition sont troublées, suivant les rapports de la tumeur avec les organes voisins.

L'examen laryngoscopique montre quelquefois des paralysies ou des parésies glottiques du côté de la tumeur.

Certains malades ont quelquefois des troubles cérébraux si l'affection est volumineuse.

Ces tumeurs peuvent durer un temps variable, et qui dépend des endroits où elles se développent, et de la rapidité ou de la lenteur de l'intervention thérapeutique. Ce sont les causes de l'aérocèle qui peuvent tuer le malade plutôt que la complication qui se produit.

Dans le dernier article, l'auteur étudie le diagnostic et le traitement. Le diagnostic est habituellement facile quand la tumeur varie suivant l'inspiration et l'expiration; il devient moins facile quand l'aérocèle se développe dans une tumeur préexistante ou quand il coïncide avec l'existence d'une autre affection. Quelquefois on a pu prendre pour une tumeur gazeuse une tumeur réductible d'une autre nature. L'emphysème n'a pas la même forme que l'aérocèle. Quant à la cause, un examen attentif permettra de la reconnaître parmi celles citées plus haut. La ponction pourra être utile.

Le pronostic varie suivant la cause et la durée de la tumeur.

Quant au traitement, la compression sera le plus souvent le seul mode de thérapeutique.

Ce mémoire a été fait d'après toutes les observations connues, au nombre d'environ quarante, et presque toutes ces observations ont servi à l'auteur dans le cours de son travail, toutes ont été insérées suivant les besoins de la démonstration.

A. G.

Papillome fibreux de la langue, par VINCENT. (*Soc. de méd. de Lyon, in Lyon médical*, 27 janvier 1889.)

Enfant nouveau-né présentant à l'examen deux langues, dont l'une plus courte superposée à la langue normale. Cette tumeur, que l'auteur considère comme un papillome, est plus épaisse que la langue, et elle est greffée sur celle-ci à la faveur d'un champignon largement pédiculé; elle est aussi plus dure que le tissu lingual. Cette tumeur, qu'Ollier considère comme exceptionnelle par sa dimension, sera opérée par l'auteur.

A. G.

Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue avec autopsie, par P.-D. KOCH et PIERRE MARIE. (*Revue de médecine*, janvier 1888.)

Un mois après la publication dans ce recueil du mémoire inté-

ressant de R. Leudet sur l'hémiatrophie de la langue, à propos d'un cas observé dans notre service à l'hôpital Lariboisière, parut le travail de Koch et Marie. L'autopsie de la malade de ces observateurs, laquelle fut suivie pendant longtemps à la Salpêtrière, et dont l'histoire fut rapportée dans le mémoire de G. Ballet, montra des lésions considérables du noyau de l'hypoglosse. Les auteurs rassemblant les diverses observations de cette rare affection, sauf la nôtre, qu'ils n'ont pu connaître, leur mémoire et celui de Leudet étant à peu près simultanés, ont émis de justes doutes sur la nature tabétique constante de cette affection, que l'on avait supposée jusque-là. Ils sont arrivés, par l'appréciation de chaque observation publiée, à montrer que la syphilis et la paralysie générale pouvaient être les origines de l'hémiatrophie de la langue.

Ils ont aussi montré la fréquence de la coïncidence de l'atrophie linguale avec la paralysie laryngée du même côté; mais pour expliquer cette coïncidence, ils n'ont plus pensé qu'il était toujours nécessaire de supposer l'envahissement du noyau du spinal, l'altération du noyau de l'hypoglosse leur paraissant devoir atteindre le même but. Toutefois dans une, ou moins, des observations qu'ils citent, le noyau du spinal semblait être atteint. Quant à l'étiologie syphilitique, elle est indubitable, et si notre observation eût pu leur être connue, au moment de la publication de leur mémoire, elle leur eût montré la coïncidence indubitable de syphilis tertiaire de la bouche et peut-être du nez.

En somme, cette affection assez rare de l'hémiatrophie de la langue reconnaît une étiologie variable, ce qui résulte du mémoire que j'analyse et de celui de Leudet.

A. G.

NOUVELLES

Le comité du 4^e Congrès international d'otologie de Bruxelles s'est réuni le 3 novembre et a approuvé la présentation des comptes faite par M. le Dr Goris.

Étaient présents : MM. Delstanche, Capart, Bayer, Laroche, Schiffers, Eeman et Goris.

Sur la proposition de M. Delstanche, il a en outre été décidé de constituer des réunions des otologistes et laryngologistes belges, dont la première se tiendra chez M. Delstanche, le dimanche de la Pentecôte, à quatre heures, et auxquelles seront invités les spécialistes de la Hollande, du nord de la France et du grand-duché de Luxembourg.

Celles-ci ont pour but de resserrer les liens confraternels entre ceux qui s'occupent de l'étude des maladies de l'oreille et du larynx, et elles seraient l'occasion de la présentation d'observations intéressantes, d'idées particulières, de pièces anatomiques et d'instruments.

Le 7 décembre, un banquet a été offert par la même commission à M. Delstanche, qui avait présidé le Congrès d'une façon remarquable.

Le Secrétaire,

Dr O. LAURENT.

Dixième Congrès médical international de Berlin en 1890.

Statuts et programmes.

Art. 1. Le dixième congrès médical international s'ouvrira à Berlin le lundi 4 août 1890 et sera clos le samedi soir 9 août.

Art. 2. Sont admis à prendre part aux travaux du congrès les médecins diplômés qui, s'étant fait inscrire comme membres, auront retiré leurs cartes. D'autres personnes, non docteurs en

médecine, que les travaux du congrès intéressent, pourront être admises comme membres extraordinaires.

La cotisation des membres est fixée à 20 marks payables au moment de l'inscription. Elle donne droit à un exemplaire des travaux du congrès, qui sera adressé à chaque membre aussitôt après sa publication. Les inscriptions se feront à l'ouverture du congrès. Toutefois les membres qui désireront se faire inscrire avant pourront faire parvenir au trésorier le montant de la cotisation en y joignant leurs noms et leur adresse exacte.

Art. 3. Le but du congrès est exclusivement scientifique.

Art. 4. Le congrès comprendra 18 sections. Chaque membre voudra bien, en s'inscrivant, désigner la section ou les sections dont il désire faire partie.

Art. 5. A la séance d'ouverture, le comité d'organisation procédera à l'élection du bureau définitif, qui comprendra un président, trois vice-présidents et un nombre indéterminé de présidents d'honneur et de secrétaires.

Chaque section, en organisant ses séances, élira un président et un nombre suffisant de présidents d'honneur qui dirigeront alternativement les travaux. A cause des différentes langues, un certain nombre de secrétaires seront choisis parmi les membres étrangers. Leurs fonctions sont limitées à la session du congrès.

Après la clôture du congrès, la publication des travaux sera l'objet des soins d'un comité de rédaction tout spécial à désigner par le président.

Art. 6. Le congrès se réunit tous les jours, soit pour des séances générales, soit pour les travaux des sections.

Les séances générales ont lieu de 11 à 2 heures ; il y en aura trois.

L'heure des séances des sections est fixée par les sections elles-mêmes; cependant il est entendu qu'aucune séance de section ne sera fixée aux heures réservées pour les séances générales. Des séances en commun de deux ou plusieurs sections peuvent avoir lieu, pourvu que le bureau du congrès puisse mettre à leur disposition les salles nécessaires.

Art. 7. Les séances générales ont pour objet :

- a) Tout ce qui concerne le congrès en général et son travail;
- b) Les discours et communications qui présentent un intérêt général.

Art. 8. Les orateurs chargés de prononcer les discours aux

séances générales ainsi qu'aux séances extraordinaires à fixer ultérieurement sont désignés par le comité d'organisation.

Les propositions qui concernent le congrès doivent être adressées au comité d'organisation avant le 1^{er} juillet 1890. Le comité décidera s'il convient de mettre ces propositions à l'ordre du jour.

Art. 9. Dans les séances des sections on discute les questions et les matières présentées par le comité d'organisation de la section. Le travail des rapporteurs choisis par le comité, ainsi que les autres communications et propositions inscrites concernant le sujet traité, servent de base à la discussion. Si le temps le permet, d'autres communications et d'autres sujets proposés par des membres et acceptés par le comité de la section peuvent aussi être discutés. Le bureau de chaque section décide de l'acceptation de semblables communications et de l'ordre dans lequel elles doivent être discutées, lorsque cela n'a pas été décidé en séance par la section elle-même.

Art. 10. Les orateurs chargés d'ouvrir la discussion dans les sections auront vingt minutes pour faire leurs discours; dans le cours de la discussion on ne pourra dépasser dix minutes.

Art. 11. Les manuscrits des discours et communications, tant pour les séances générales que pour celles des sections, doivent être remis aux secrétaires avant la fin de chaque séance. Le comité de rédaction décidera si ces manuscrits doivent être publiés dans le compte rendu des travaux du congrès, et dans quelles limites.

Les membres qui ont pris part aux discussions sont priés de remettre aux secrétaires, avant la fin de chaque séance, une note écrite des observations qu'ils auront faites au cours de la séance.

Art. 12. Les langues officielles pour toutes les sections sont l'allemand, l'anglais et le français.

Les statuts, programme et ordres du jour seront imprimés dans les trois langues.

Toutefois les membres seront autorisés à se servir d'une autre langue, mais pour de très courtes observations seulement, et s'il se trouve dans l'assemblée un membre qui se charge de reproduire ces observations dans une des langues officielles.

Art. 13. Les présidents des séances dirigeront les travaux d'après les règles parlementaires en usage dans les assemblées.

Art. 14. Les étudiants en médecine, ainsi que d'autres per-

sonnes des deux sexes, qui, sans être docteurs en médecine, s'intéresseraient aux travaux de l'une ou de l'autre séance pourront être invités ou autorisés par le président à assister à la séance, mais comme auditeurs seulement.

Art. 15. Les communications et les demandes qui concernent les affaires de chaque section doivent être adressées aux présidents des sections. Toutes les autres demandes et communications regardent le secrétaire général, Dr Lassar, Berlin NW., 19 Karlstrasse.

Nous donnons ci-dessous les listes des membres des comités d'organisation qui intéressent les lecteurs des *Annales*.

Otiatrie. — MM. Bezold, Munich; Burkner, Göttingen; Kirchner, Würzburg; Kuhn, Strasbourg; Kessel, Iéna; Lucae, Berlin W, Lutzowplatz; Magnus, Königsberg; Moos, Heidelberg; Trautmann, Berlin.

Laryngologie et rhinologie. — MM. Beschorner, Dresde; B. Fränkel, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr. 12; Gottstein, Breslau; A. Hartmann, Berlin; Jurasz, Heidelberg; H. Krause, Berlin; Michael, Hambourg; Schech, Munich; M. Schmidt, Francfort-s.-M.

Prix Lenval.

Le Dr V. Grazzi, de Florence, nous prie de faire savoir que son nom doit figurer sur la liste des membres du jury de ce prix, en sa qualité de président du Congrès d'otologie de Florence de septembre 1892.

Le Dr A. von Troeltsch, de Wurzburg, le doyen de l'otologie allemande, vient de mourir dans un âge avancé; nous avons lu cette nouvelle dans le journal le *Temps* du 13 janvier 1890.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SINOP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites ; maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Chirurgie antiseptique auriculaire et ophthalmique, par A. BRONNER (Extrait du *British med. Journ.*, 23 février 1889).

Du traitement local des otites moyennes non suppurées, par A. BRONNER (Extrait du *Provincial med. Journ.*, 1^{er} juin 1889).

Pseudo-hay fever, symptômes et traitement, par A. BRONNER (Extrait de *The Lancet*, 13 juillet 1889).

Des affections de l'apophyse mastoïde et des opérations pratiquées sur celle-ci, par A. BRONNER (Extrait de *The med. Press and Circular*, 31 juillet 1889).

The satellite of the Annual of the Universal medical sciences, par Ch.-E. SAJOUS (F.-A. Davis, éditeur, Philadelphie, novembre 1889).

Atrophie des nerfs de l'oreille interne, par J. HABERMANN (Tirage à part du *Zeits. f. Heilk.*, Prague, 1889).

Compte rendu des travaux et de la situation de la société médico-chirurgicale de Liège, par F. SCHIFFERS (Impr. Vaillant Carmanne, Liège, 1889).

Compte rendu de l'année scolaire 1888-89 (8^e année d'enseignement du prof. Massei à l'Université de Naples), par A. TRIFILETTI (Tipog. dell' Unione, Naples, 1889).

Leçons cliniques sur les affections des premières voies respiratoires professées à l'hôpital clinique de Jésus et Marie (année scolaire 1888-89), par le prof. F. Massei, recueillies par S. MARANO (Un volume de 312 pages avec 14 figures, tipog. Jovane, Salerne, 1889).

Comptes rendus et mémoires du congrès international d'otologie et laryngologie tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889, publiés par A. CARTAZ (Un volume de 450 pages, Paris, 1889).

Physiologie de la trachée et des bronches. Déductions pathogéniques et pathologiques, par NICAISE (Extrait de la *Revue de médecine*, n° de novembre 1889).

Comptes rendus de la société d'otologie américaine, 22^e réunion annuelle tenue à Pequot House New London, com. le 16 juillet 1889 (Mercury publishing Company, éditeurs, New-Bedford, march. 1889).

Casuistique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par A. HARTMANN (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 50, 1889).

De l'empyème de l'antre d'Highmore, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n°s 48 et 49, 1889).

De la localisation de l'angine phlegmoneuse, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 43, 1889).

Deux cas de tumeurs du pharynx, par W. CHEATHAM (*The Amer. pract. and News*, décembre 1889).

Contribution à l'étude de l'emploi du naphтол camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, par L. DUMONT (Impr. Jouve, Paris, 1889).

Le Gérant : G. MASSON.

